



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

de Fátima Nascimento, Andréia; Costa Galvanese, Ana Tereza
Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo,
SP

Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 1, agosto, 2009, pp. 8-15
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240181003>

- 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

Andréia de Fátima Nascimento^I

Ana Tereza Costa Galvanese^{II}

Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP

Evaluation of psychosocial healthcare services in the city of São Paulo, Southeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a estrutura física, recursos humanos e modalidades de atenção existentes nos centros de atenção psicossocial (CAPS).

MÉTODOS: Foram incluídos no estudo 21 CAPS para atendimento de adultos, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP), entre 2007 e 2008. Foram coletadas informações sobre as instalações físicas dos serviços, recursos humanos disponíveis e procedimentos de cuidado ao paciente, utilizando instrumento padronizado. Foram realizados análise descritiva dos dados e o teste de qui-quadrado para testar a associação entre os tipos de atividades e a origem e localização dos serviços.

RESULTADOS: Dez serviços foram criados como ambulatórios e posteriormente transformados, oito eram hospitais-dia e apenas três foram criados como CAPS. Nenhum serviço funcionava diariamente durante 24 horas. Metade dos serviços funcionava em imóveis alugados, com instalações físicas inadequadas especialmente para atendimentos grupais. A composição das equipes dos serviços foi bastante diversa. As atividades desempenhadas nos CAPS foram heterogêneas, com maior valorização das atividades grupais desenvolvidas com usuários dentro dos CAPS e pouca integração aos outros equipamentos de saúde. As atividades grupais de arte e cultura foram as mais freqüentes em todos os serviços. Os serviços de origem ambulatorial apresentavam atividades artesanais e os que haviam sido hospitais-dia realizavam mais atividades de integração psicofísica. O perfil de atividades relacionou-se à distribuição regional dos serviços.

CONCLUSÕES: A heterogeneidade dos CAPS parece se relacionar à história dos programas de saúde mental implementados no município desde a década de 1980 e à diversidade socioeconômica e cultural das regiões da cidade, bem como às diferentes composições das equipes observadas. Diferentes modelos de atenção psicossocial foram encontrados, desde a constituição de “equipamentos-síntese” dos quais os usuários não recebem alta, até serviços que encaminham e dão alta após a estabilização dos sintomas dos usuários, numa tentativa de construção de uma rede de cuidados.

DESCRITORES: Serviços de Saúde Mental. Estrutura dos Serviços. Pessoal de Saúde. Recursos Materiais em Saúde. Recursos em Saúde. Níveis de Atenção à Saúde. Saúde Mental.

^I Departamento de Medicina Social.
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva.
Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Andréia de Fátima Nascimento
R. Cesário Motta Júnior, 61
6º andar – sala 11 – Vila Buarque
01221-020 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: andreiafn@yahoo.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe infrastructure, human resources, and care approaches in psychosocial healthcare services.

METHODS: Descriptive study including 21 psychosocial healthcare services for adults affiliated to the local health department in the city of São Paulo, Southeastern Brazil, conducted between 2007 and 2008. Information about infrastructure of facilities, human resources available and patient care was collected using a standardized instrument. There were performed descriptive data analysis and chi-square test to test the association between care activities and service source and location.

RESULTS: Ten services were first created as outpatient clinics and later adapted, eight were day hospitals and only three were created as psychosocial healthcare services. None of them was open 24 hours a day. Half of them were located in rented buildings with inadequate infrastructure especially for group activities. Staff composition was very different among services, with emphasis on on-site group activities and little integration to other health services. All services provided mostly arts and cultural activities. Earlier outpatient services provided mainly craft activities and former day-hospitals offered mostly psychophysical integration activities. The profile of activities varied according to the geographical distribution of services.

CONCLUSIONS: Current heterogeneous character of psychosocial healthcare services seems associated to the history of mental health care programs that have been implemented in São Paulo since 1980s and to social, economic and cultural differences in different areas of the city. Different psychosocial care approaches were found ranging from on-site care with little integration with other health services to services that refer their users to other services after symptoms become stable in an attempt to create a network of mental health care.

DESCRIPTORS: Mental Health Services. Structure of Services. Health Personnel. Material Resources in Health. Health Resources. Health Care Level. Mental Health.

INTRODUÇÃO

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1987 em São Paulo (SP), no contexto político da redemocratização do País e nas lutas pela revisão de marcos conceituais. Entre esses marcos estão novas formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental que se fortaleceram a partir do final da década de 1980 na América Latina e no Brasil.⁷ Em 1989 foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos,⁴ herdeiros diretos da tradição basagliana de desconstrução do manicômio, cuja influência definiu os CAPS como principais elementos da atenção aos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes baseada no território.

Em 1992, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 224 de 29/01/92, definiu as atribuições dos serviços de

hospitalização parcial e dos CAPS.^a A Portaria n.º 336/GM^b (19/02/2002) estabeleceu que os CAPS poderiam estar voltados ao atendimento de pacientes adultos com transtornos mentais graves e persistentes, ao atendimento de crianças e adolescentes com estes transtornos ou ao atendimento dos transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas. Os CAPS para o atendimento de adultos poderiam ser constituídos nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.^b As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e devem estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua

^a Ministério da Saúde. Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em Saúde Mental. *Diário Oficial Uniao*. 30 jan. 1992; Seção 1:1168.

^b Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. 2. ed. Brasília; 2002.

área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Na mencionada Portaria não há referência aos hospitais-dia. Nas duas últimas décadas ocorreu uma grande expansão do número de CAPS. No Brasil, em julho de 2006 existiam 1.220 serviços especializados de reabilitação psicossocial.^a Em outubro de 2008 havia 196 CAPS no estado de São Paulo, dos quais 48 eram CAPS I, 64 CAPS II, 17 CAPS III, 22 CAPSi (para atendimento de crianças e adolescentes) e 45 CAPSad (para atendimento de usuários com transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas).^b No município de São Paulo, em fevereiro de 2009, havia 53 CAPS vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, dos quais 25 eram CAPS para atendimento de adultos, 16 CAPSad e 12 CAPSi.^c

A maioria dos estudos brasileiros mais recentes de avaliação de qualidade de serviços de saúde mental, especialmente de CAPS, tem descrito a implantação dos serviços^d ou são estudos qualitativos sobre um único serviço.⁶ Poucos estudos desenvolveram instrumentos para a avaliação desses serviços, como a satisfação de usuários e familiares com o cuidado recebido,² e outros caracterizaram a clientela atendida pelos CAPS.¹

Muitas questões existem sobre a inserção dos CAPS, estruturados como “equipamentos-síntese”, agregando os diferentes níveis de atenção em uma só unidade, dentro dos sistemas municipais de saúde. Outra questão importante é se os CAPS são o cenário para que aconteça a reabilitação psicossocial dos usuários a partir do território, ou estes serviços estão se afastando desse papel e tornando-se serviços ambulatoriais freqüentados crônica e intensivamente pelos pacientes. Mbaya et al⁵ (1998), ao realizarem um censo de um dia em dez hospitais-dia do Reino Unido, observaram que embora a maioria dos serviços fosse descrita como voltada para a reabilitação psicossocial dos pacientes, na prática, mais da metade dos sujeitos com transtornos psicóticos recebia tratamentos psicoterapêuticos sem qualquer vinculação com projetos de reabilitação.

O município de São Paulo tem uma história peculiar quanto à atenção aos pacientes com transtornos mentais graves de longa evolução. Na década de 1980 houve o movimento de expansão dos ambulatórios de saúde mental, coordenados pela Secretaria Estadual de Saúde. Em 1987 o primeiro CAPS brasileiro foi criado nesse município e se tornou um marco na proposta de serviços substitutivos ao tratamento quase

exclusivamente hospitalar. No início da década de 1990 um novo modelo de atenção à saúde mental foi implantado na cidade. O cuidado aos pacientes com transtornos mentais graves seria oferecido preferencialmente em hospitais-dia durante os períodos de crise e em ambulatórios na fase mais estável. As atividades voltadas à reabilitação psicossocial teriam como local privilegiado os Centros de Convivência e Cooperativas (CECCO). Na metade da década de 1990 a instalação do Plano de Atenção à Saúde (PAS) levou ao sucateamento deste programa de atenção à saúde mental – os hospitais-dia e os CECCO continuaram existindo, mas exerciam suas funções isoladamente, sem articulações entre eles. A partir de 2002, já dentro do contexto da municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a expansão do número de CAPS.

Em face destas questões e tendo em vista a ainda recente reorganização do SUS e da rede de atenção à saúde mental no município de São Paulo, o presente estudo teve por objetivo descrever o funcionamento dos CAPS quanto à sua estrutura física e de recursos humanos e as atividades desenvolvidas.

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE

Foi desenvolvido um estudo sobre a estrutura e as atividades propostas no processo de cuidado ao paciente desenvolvido nos CAPS para atendimento de adultos existentes no município de São Paulo e vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Participaram do estudo 21 dos 22 CAPS I e II que funcionavam até dezembro de 2007 (houve recusa de um CAPS em participar da pesquisa). Cinco CAPS localizavam-se na região norte do município, dois na região sul, quatro na centro-oeste, cinco na leste e cinco na sudeste. Nenhum serviço funcionava como CAPS III. O referencial teórico adotado propõe três dimensões a serem avaliadas: estrutura, processo e resultado.³ Para apreender os processos de cuidado foram utilizadas observações etnográficas e entrevistas semi-estruturadas com profissionais dos serviços, enquanto que para a abordagem dos resultados foi conduzido um estudo de coorte envolvendo os usuários intensivos dos serviços.^d Os dados analisados foram coletados em cada serviço utilizando-se um instrumento padronizado, com questões sobre a estrutura física dos serviços, recursos humanos, procedimentos de entrada, acompanhamento e alta, e atividades

^a Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Brasília; 2006 [atualizado em 2006 jul 01; citado 2006 jul 14]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>

^b Ministério da Saúde. Número de centros de atenção psicossocial (CAPS) por tipo e UF e indicador CAPS/100.000 habitantes – Brasil, 31 de outubro de 2008. Brasília; 2008[citado 2009 fev 23]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_31_outubro_2008.pdf

^c Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Relação das unidades da Secretaria Municipal de Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo; 2009[citado 2009 abr 20]. Disponível em: http://www2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/organizacao/0005//Unid_Munic_Saude_SupervisaoTecnica.pdf

^d Nascimento AF. Percorrer e conhecer: como são os centros de atenção psicossocial do município de São Paulo. [CD-ROM]. [Apresentado no 1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Perspectivas em Saúde Mental: Diversidade e Aproximações; 2008; Florianópolis, BR]

desenvolvidas dentro e fora dos CAPS. Esse instrumento foi preenchido pela equipe de pesquisa com informações fornecidas pelos gerentes dos serviços ou por um técnico durante a semana de observação etnográfica. Os dados foram digitados duas vezes utilizando-se o programa EpiData e em seguida foi realizada a checagem de sua consistência. A coleta dos dados ocorreu entre abril de 2007 e abril de 2008. As atividades desenvolvidas nos serviços foram agrupadas a partir de categorias empíricas, construídas ao longo da realização da pesquisa, tendo como base as abordagens utilizadas e a finalidade da atividade. Foi feita a análise descritiva dos dados e utilizado o teste de qui-quadrado para testar a associação entre os tipos de atividades desenvolvidas dentro dos CAPS e a origem e localização dos serviços.

As equipes de todos os serviços foram informadas sobre os objetivos e procedimentos e os gerentes permitiram a inclusão dos serviços na pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer Nº 0306/06 – CEP/SMS).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 21 CAPS estudados, dez foram criados como ambulatórios (quatro deles localizados na região norte da cidade), oito surgiram como hospitais-dia (três deles localizados na região leste) e apenas três foram criados como CAPS. A história dos serviços foi bastante heterogênea, já que alguns passaram pelas três formas de organização e outros resultaram da fusão de serviços pré-existentes ou da cisão de equipamentos.

Instalações físicas

Onze CAPS funcionam em imóveis (casas) alugados, alguns inadequados quanto à disposição das salas e à

circulação interna; os demais funcionam em prédios pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde. Os CAPS que eram antigos ambulatórios funcionavam em edifícios grandes, com muitos consultórios para atendimentos individuais e poucas salas adequadas para atividades desenvolvidas em grupo, enquanto outros funcionavam em residências alugadas e adaptadas, onde o espaço físico era muito reduzido. Onze CAPS funcionavam em edificações com dois andares e dez deles não apresentavam condições de acessibilidade a portadores de necessidades especiais. Apenas dois CAPS possuíam cozinha semi-industrial, onde eram desenvolvidas atividades de geração de renda; nos demais existiam apenas cozinhas domésticas. O número de consultórios para atendimento individual variou de um a sete (mediana = 2). O número de salas para realização de grupos/oficinas variou de uma a seis (mediana = 3). O número de salas para realização de atividades administrativas variou de uma a quatro (mediana = 2). Todos os CAPS tinham espaço para realização de atividades ao ar livre e 17 deles tinham um quarto para cuidados em situação de crise.

Todos os serviços mantinham prontuários de registro e armazenamento de informações e em 14 deles os prontuários foram considerados plenamente legíveis. Enquanto em alguns serviços ocorria registro diário da freqüência do usuário ao CAPS e de sua participação nas atividades, em outros, o registro era pontual, ocorrendo apenas o relato do primeiro atendimento e conduta, das alterações de projeto terapêutico e das situações de crise.

Recursos humanos

Profissionais de diferentes profissões exerciam a função de gerente: psicólogas (em 11 CAPS), psiquiatra (em quatro), terapeuta ocupacional (em quatro), assistente social (em um) e enfermeira (em um). Em quatro

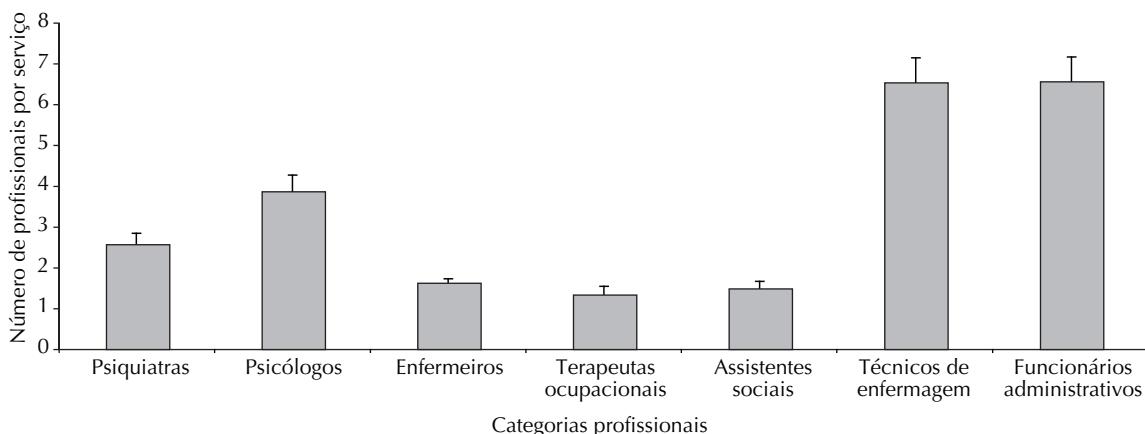


Figura 1. Média e erro-padrão do número de profissionais existentes nos centros de atenção psicossocial. São Paulo, SP, 2007-2008.

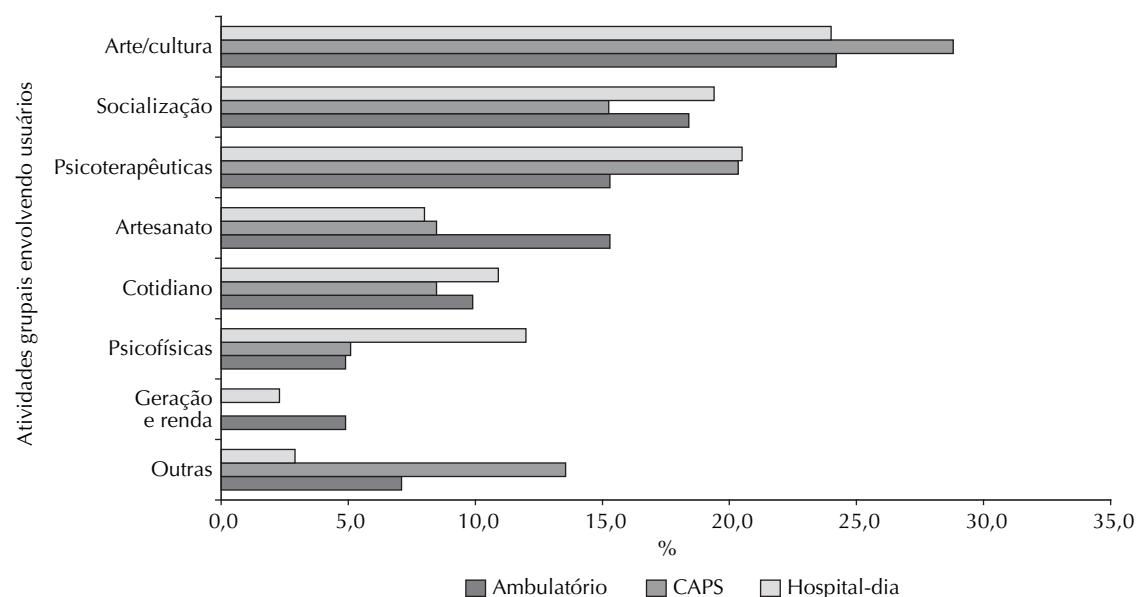


Figura 2. Atividades grupais com usuários realizadas no interior dos centros de atenção psicossocial (CAPS), segundo origem dos serviços. São Paulo, SP, 2007-2008.

CAPS não havia terapeutas ocupacionais na equipe técnica, e em dois deles não havia assistentes sociais; em contrapartida, em 11 CAPS havia ao menos um farmacêutico na equipe. Em todos os CAPS havia ao menos um psiquiatra, embora em um serviço o único psiquiatra exercia a função de gerente e realizava todos os atendimentos médicos. Mais da metade dos CAPS contavam com ao menos quatro psicólogos na equipe e a média de profissionais técnicos de enfermagem (auxiliares, técnicos ou atendentes) foi de seis profissionais por serviço (Figura 1). Em apenas um CAPS a função de gerente era desempenhada por um psiquiatra e a ampla maioria dos profissionais atuantes nestes serviços era de sexo feminino.

Apenas sete CAPS contavam com supervisão técnica. Três serviços realizavam reuniões diárias da equipe técnica e nos demais, as reuniões eram semanais.

Modalidades de atenção

Dezessete CAPS atendiam demanda espontânea e encaminhamentos, e os demais somente pacientes encaminhados de outros serviços. Em 14 CAPS havia um profissional de referência para os usuários e em três serviços, mini-equipes de referência. Em 16 centros aconteciam assembleias de usuários. Em cinco, os projetos terapêuticos dos usuários não contemplavam procedimentos de alta; em seis CAPS o usuário tinha alta, mas mantinha o CAPS como referência, podendo

Tabela. Atividades grupais com usuários realizadas no interior dos centros de atenção psicossocial, segundo regiões da cidade. São Paulo, SP, 2007-2008.

Atividade	Região											
	Norte		Centro-Oeste		Sul		Leste		Sudeste		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arte/cultura	30	21,9	21	24,7	9	23,7	25	27,5	28	26,4	113	24,7
Artesanato	25	18,3	5	5,9	2	5,3	7	7,7	14	13,2	53	11,6
Cotidiano	18	13,1	8	9,4	4	10,5	6	6,6	10	9,4	46	10,1
Geração de renda	10	7,3	2	2,3	0	0,0	1	1,1	2	1,9	15	3,3
Psicofísicas	7	5,1	12	14,2	2	5,3	4	4,4	10	9,4	35	7,7
Psicoterapêuticas	10	7,3	24	28,2	5	13,2	22	24,2	21	19,9	82	17,9
Socialização	29	21,2	7	8,2	13	34,2	21	23,1	14	13,2	84	18,4
Outras	8	5,8	6	7,1	3	7,8	5	5,4	7	6,6	29	6,3
Total	137	100,0	85	100,0	38	100,0	91	100,0	106	100,0	457	100,0

ser atendido pelo serviço sem passar por novo procedimento de triagem. Em seis serviços os usuários recebiam alta e eram encaminhados para unidades básicas de saúde. A falta de profissionais da área de saúde mental na rede de serviços de saúde e as deficiências de fluxo foram apontadas como as principais dificuldades para a alta dos usuários.

As atividades realizadas nos CAPS apresentaram grande diversidade. As principais modalidades de atenção foram: atividades grupais com usuários, realizadas dentro da estrutura física do serviço; atividades grupais com usuários, desenvolvidas fora do CAPS (no território); atendimento médico individual; atendimento psicológico individual; atendimento aos familiares dos usuários; visitas domiciliares; acompanhamento terapêutico; atividades organizativas.

No período estudado, em todos os CAPS, foram observadas 457 atividades grupais com usuários realizadas dentro da estrutura física do serviço, classificadas nas seguintes modalidades: atividades de arte e cultura (artes plásticas, atividades culturais, corporais, expressivas e musicais); atividades psicoterapêuticas (dentre elas grupos verbais e outros de psicoterapia, acompanhamento médico/psicológico em grupo e terapia comunitária); atividades ligadas à socialização (grupos de reencontro, saída e outros de acompanhamento, jogos, convivência); artesanato; geração de renda; atividades físicas e de integração psicofísica; atividades ligadas à qualidade do cotidiano (cuidados pessoais, culinária, horta e jardinagem); outros grupos diversos (voltados para grupos etários específicos, para os direitos dos cidadãos e de atividades que não puderam ser classificadas nas categorias anteriores).

Essa diversidade de perfis de atividades esteve associada com a organização de origem dos CAPS (Figura 2). Embora em todos os CAPS haja um predomínio de atividades de arte e cultura, nos centros que originalmente eram ambulatórios há maior número de atividades artesanais, e naqueles que originariamente eram hospitais-dia, as atividades psicofísicas eram mais freqüentes que nos demais serviços ($p=0,02$). Também foram observadas diferenças nos tipos de atividades realizadas dentro dos CAPS segundo as regiões do município: enquanto nos serviços da região norte havia uma grande freqüência de atividades de artesanato, nos serviços da região sul havia muitas atividades de socialização (Tabela; $p<0,001$). Em todos os centros mais de 20% das atividades grupais eram de arte e cultura.

Foram registradas 41 atividades grupais envolvendo usuários realizadas no território de abrangência do CAPS, das quais 31 eram atividades físicas e/ou de socialização e dez eram atividades culturais. Essas atividades eram desenvolvidas principalmente em CECCOS, clubes da região, institutos culturais e bibliotecas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os CAPS para atendimento de adultos vinculados à Secretaria Municipal de Saúde apresentaram grande heterogeneidade de organização e funcionamento. Na dimensão estrutural, observou-se diversidade de instalações físicas. A composição das equipes também era heterogênea, havendo serviços com grande concentração de psicólogos e outros com equipes compostas por profissionais com diversas formações. A composição técnica mínima para atuação em CAPS II proposta pela Portaria 336^a é: um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior entre psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pedagogos ou outros profissionais necessários ao processo terapêutico; e seis profissionais de nível médio, dentre técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, técnicos educacionais e artesãos. Portanto, observa-se que o número médio de psiquiatras está além do preconizado, bem como o total de técnicos de nível superior existente nos serviços (nos quais os psicólogos são a categoria profissional mais freqüente). O número de técnicos de nível médio também foi bastante superior ao mínimo preconizado.

As atividades grupais realizadas dentro dos serviços também variaram: em alguns CAPS houve grande concentração de oficinas de trabalhos manuais (como costura, fuxico, crochê, tapeçaria), em outros as oficinas tinham maior ênfase nas atividades psicofísicas (liam gong, tai chi chuan) e outros CAPS privilegiavam as abordagens psicoterapêuticas. Esses diferentes perfis de atividades podem ser resultado de diferenças regionais da cidade e estar relacionados aos aspectos socioeconômicos do território em que o CAPS está inserido e à disponibilidade de recursos de saúde, lazer, esportes e cultura existentes na região. Além disso, a história dos serviços também influencia no perfil de abordagens utilizado. Nos serviços que surgiram como ambulatórios na década de 1980 e que posteriormente transformaram-se em CAPS havia ênfase nas atividades artesanais, tradicionalmente utilizadas no cuidado de pessoas com transtornos mentais graves com longa evolução, fora do período de exacerbação dos sintomas. Serviços originariamente criados como hospitais-dia mantinham entre suas atividades muitas abordagens psicofísicas, utilizadas em situações de crise em que os usuários dos serviços podem apresentar intensa desorganização. A história dos CAPS do município de São Paulo não é linear, nem comum a todos: alguns serviços eram ambulatórios até 2002 e passaram a ser CAPS, outros eram hospitais-dia, outros resultaram da fusão de hospitais-dia e ambulatórios, outros ainda resultaram da cisão de serviços.

^a Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. 2. ed. Brasília; 2002.

A transição do modelo de funcionamento anterior (ambulatório ou hospital-dia) em muitos casos ainda não foi completada; muitas vezes a equipe se identificava ao telefone como “hospital-dia” ou “ambulatório de saúde mental”. Além disso, a placa de identificação do serviço na fachada de muitos CAPS o nomeia como hospital-dia ou ambulatório.

Outro fator importante para a diversidade de atividades desenvolvidas pelos CAPS consiste em elas serem concebidas e implementadas em função das habilidades e preferências dos profissionais, conforme informado pelo gerente ou pelos técnicos responsáveis sobre os objetivos e métodos adotados. Embora a não padronização das atividades garanta espaço para a criatividade dos técnicos e para a abordagem individualizada dos usuários ela pode, paradoxalmente, produzir um abismo entre as propostas do serviço e as necessidades dos usuários. Serviços que mantêm muitas atividades de trabalhos manuais (como artesanato) podem não ser atraentes para usuários mais jovens e do sexo masculino, culturalmente pouco afeitos à sua execução. Em contrapartida, serviços que priorizam abordagens grupais psicoterápicas podem ser decepcionantes para usuários que buscam inserir-se em atividades profissionais ou em outros espaços do cotidiano.

O principal grupo de atividades reconhecido pelos gerentes e técnicos dos CAPS é o de atividades grupais desenvolvidas com os usuários dentro dos CAPS. Muitas vezes as atividades externas ou desenvolvidas com familiares não eram referidas como atividades “do CAPS”. As atividades organizativas (reuniões de equipe, reuniões de matrículamento e conselho gestor, participação em fóruns de saúde mental, por exemplo) não faziam parte da grade de atividades da maioria dos serviços. É possível que essas atividades não sejam reconhecidas como trabalho, ou que não recebam o mesmo reconhecimento. Isso pode refletir a maior preocupação dos serviços com o que acontece dentro

deles, em detrimento da inserção no território. Poucos CAPS desenvolviam atividades conjuntas e na maioria dos serviços o projeto terapêutico dos usuários envolvia somente atividades internas.

A dificuldade de articulação entre serviços de reabilitação psicossocial e outros equipamentos de saúde foi relatada por vários técnicos dos serviços e apontada como uma das principais dificuldades para a alta dos pacientes. Houve divergência entre os serviços sobre a alta após o acompanhamento no CAPS e mais uma vez percebe-se a existência de modelos de atenção sobrepostos. Alguns centros assumiam um caráter de “equipamento-síntese”, em que os usuários sempre seriam assistidos independentemente do nível de atenção requerido e não receberiam alta. Por outro lado, em outros CAPS a preocupação com a alta e o encaminhamento para outros equipamentos colocava-se desde a formulação do projeto terapêutico do usuário em sua entrada. Nestes serviços era priorizada a atenção à crise ou recorrência dos sintomas agudos, em uma abordagem próxima a dos hospital-dia. A existência de 22 CAPS para atendimento de adultos em um município com cerca de 10 milhões de habitantes torna bastante difícil a constituição destes serviços como “equipamentos-síntese”, uma vez que a capacidade de funcionamento deles estará sempre exaurida. Por outro lado, a precariedade dos demais equipamentos de saúde do município em termos de atenção psicossocial (falta de técnicos com formação em saúde mental, inexistência de fluxos para recebimento e encaminhamento dos usuários) dificulta ou inviabiliza o acompanhamento dos usuários fora dos CAPS. Esse é um dos impasses a serem respondidos pelas equipes dos serviços.

Espera-se que a análise das informações obtidas a partir da observação etnográfica dos serviços e das entrevistas com técnicos contribua para compreender melhor os diferentes modelos de CAPS propostos e concretizados nos serviços existentes no município de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhães CCPB, Martin D, Pinto RMF. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3): 836-44. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000300021
2. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. *J Bras Psiquiatr.* 1999;48(6):33-44.
3. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990;114(11): 1115-8.
4. Lancetti A, Kinoshita RT. Sistema de Saúde Mental da Prefeitura de Santos. In: Kalil MEX, organizador. Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1992. p.232-7.
5. Mbaya P, Creed F, Tomenson B. The different uses of day hospitals. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;98(4):283-7. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10085.x
6. Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um centro de atenção psicossocial: estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2003;11(6):786-91. DOI: 10.1590/S0104-11692003000600013
7. 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 Saude Publica.* 2006; 22(5):1053-62. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000500018
8. Ribeiro SL. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicol Cienc Prof.* 2004;24(3):92-9.

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Proc. nº 554513/2005-6).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declararam não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.
Os autores declararam não haver conflito de interesses.