



O CAPS COMO ARTICULADOR DA ESTRATÉGIA DO SUS NA REINserÇÃO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS.

* *Dayani de Paiva Costa*

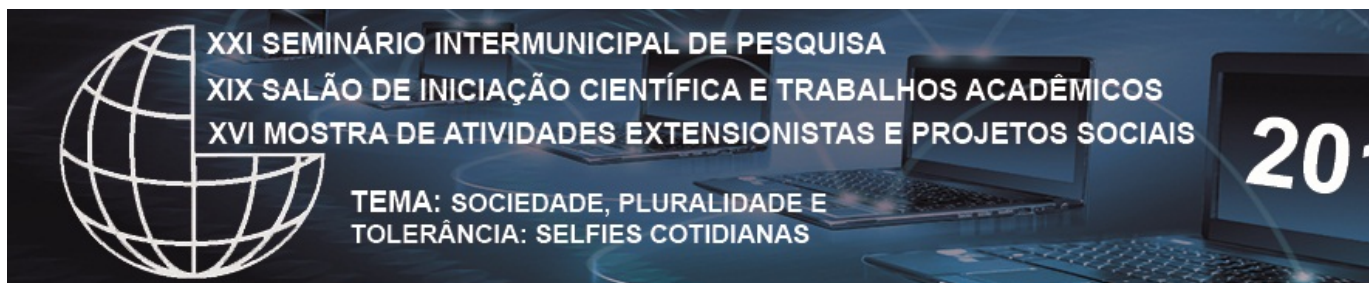
** *Elisabete Beatriz Maldaner*

RESUMO

Este trabalho visa buscar quais outros participantes na reabilitação psicossocial deste usuário do CAPS e as formas de se diagnosticar um possível risco ao cidadão sociedade e família. A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho da disciplina de Estágio Básico I, ministrada pela Mestre Elisabete B. Maldaner, foi a partir de uma pesquisa bibliográfica para conhecer as diretrizes da lei que regulamenta o CAPS e uma palestra ministrada pela psicóloga Larissa Weber, CRP: 07/16788, no CAPS II – Viver, Guaíba/RS, onde a psicóloga atua profissionalmente. No dia 27 de maio de 2015, às 16:00 horas. O objetivo deste trabalho é conhecer a realidade do CAPS e a lei 8.080 que o regulamenta, através de uma visita ao local e com o profissional da área de saúde pública, no caso o psicólogo responsável pelos atendimentos. O trabalho realizado pelos profissionais do CAPS II – Viver, em Guaíba/RS, tem atendido as demandas do município de acordo com as diretrizes do SUS da Lei 8.080, que o regulamenta. O usuário tem o atendimento individualizado, participa das oficinas terapêuticas, dos trabalhos em grupo, recebe visitas domiciliares da equipe do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) quinzenalmente. A visita ao usuário com dificuldade de locomoção é necessária, sendo assim possível conhecer a realidade em que o mesmo está inserido para que a equipe interdisciplinar formule o plano terapêutico para cada particularidade. O CAPS I – Viver, conta com uma equipe multiprofissional e o trabalho realizado pelos profissionais é avaliado através do matriciamento pela equipe do Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), com reuniões para traçar o projeto de atenção aos

¹ * Acadêmico Discente da disciplina de Estágio Básico III do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil, Campus Guaíba. Mail: dayanipcosta@gmail.com

² ** Docente do Curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil, Campus Guaíba, e orientador deste trabalho. Mail: maldaner@terra.com.br



usuários do CAPS I –Viver e sua família. A família do usuário também recebe monitoramento para que se consiga a ressocialização e autonomia do mesmo. O projeto terapêutico é parte da reinserção desse usuário na família, na sociedade, o resgate de sua identidade, dignidade, reabilitação psicossocial. Palavras chave: CAPS, SUS, Reabilitação Psicossocial.

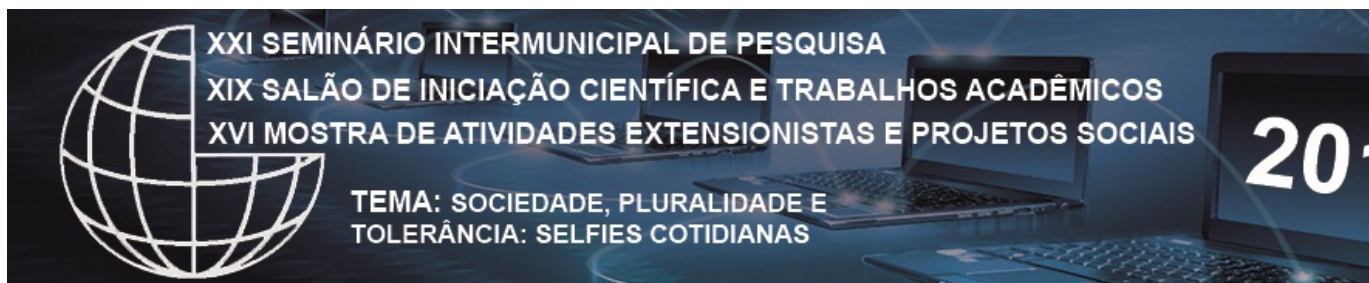
Palavras-chave: CAPS, SUS, Reabilitação Psicossocial.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e a dependência química afetam uma grande parcela da população mundial. Através destes quesitos faz-se necessário conhecer as formas de ajuda oferecidas pelos órgãos públicos, assim como a lei 8.080 que regulamenta o CAPS, sendo uma referência no cuidado de pessoas com transtornos mentais, prevenção de abuso e dependência química. Este trabalho visa buscar quais outros participantes na reabilitação psicossocial deste usuário do CAPS e as formas de se diagnosticar um possível risco ao cidadão, sociedade e família. A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho da disciplina de Estágio Básico I, ministrada pela Mestre Elisabete B. Maldaner, foi a partir de uma pesquisa bibliográfica para conhecer as diretrizes da lei que regulamenta o CAPS e uma palestra ministrada pela psicóloga Larissa Weber, CRP: 07/16788, no CAPS II – Viver, Guaíba/RS, onde a psicóloga atua profissionalmente. No dia 27 de maio de 2015, às 16:00 horas. O objetivo deste trabalho é conhecer a realidade do CAPS e a lei que o regulamenta, através de uma visita ao local e com o profissional da área de saúde pública, no caso o psicólogo responsável pelos atendimentos.

ENTENDENDO O SUS

De acordo com o Ministério da Saúde (2004) o usuário do SUS (Sistema Único de Saúde) é amparado por Lei para ter acesso a saúde em sua integralidade, equidade e universalidade. É necessário que todos os cidadãos saibam de seus direitos, para poder usufruí-los até o último recurso cabível. Sabe-se que o SUS é bem organizado no papel e



bom seria se fosse na prática, pois não depende apenas da lei e sim de profissionais inteirados com um bom atendimento, que olhe para o usuário em sua totalidade e não particionado.

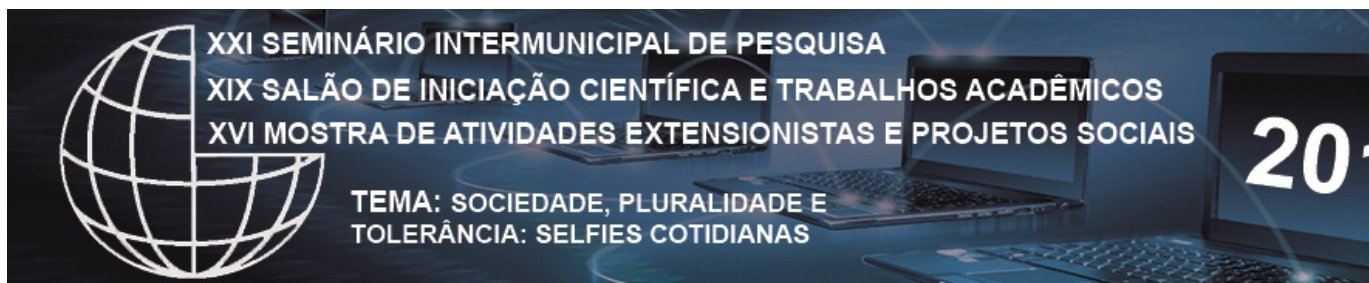
Para Dimenstein (2012, p. 425 apud Ministério da Saúde, 2011) o engajamento da rede evidencia maiores desafios para se efetivar a Política de Saúde Mental em toda sua radicalidade no país, pois o propósito dos serviços prestados consiste na desinstitucionalização, na perspectiva do cuidado psicossocial e a conquista da autonomia e reinserção social do usuário.

O SUS deve ser valorizado por todas as classes sociais, tendo em vista que todos podem ser atendidos. Todos usam e todos pagam por ele através do imposto de renda que é repassado para a União. Sendo assim a União repassa 10% do PIB (Produto Interno Bruto) para a saúde, o Estado repassa 12% e o Município aplica 15% do recurso financeiro. “O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.” (SAÚDE, 2004, p. 13).

SURGIMENTO DO CAPS

Conforme o Ministério da Saúde (2004), o CAPS surgiu com o objetivo de reduzir as internações hospitalares psiquiátricas como mostra o quadro 1, devido o abandono familiar, os descasos e a forma como esse indivíduos eram tratados durante a internação. Sendo que alguns iam para o hospital sem qualquer patologia.

As famílias decidiam por enviar para internação pessoas lúcidas, mas que de alguma forma não correspondiam com o modelo de conduta idealizado pela sociedade. Os hospitais psiquiátricos eram vistos pela sociedade como depósitos de loucos. Alguns eram deixados e



não tinham condições de receber alta por não terem para onde ir. Existiam uns que ficavam ali até a morte, sem qualquer condição humana devido o severo transtorno mental.

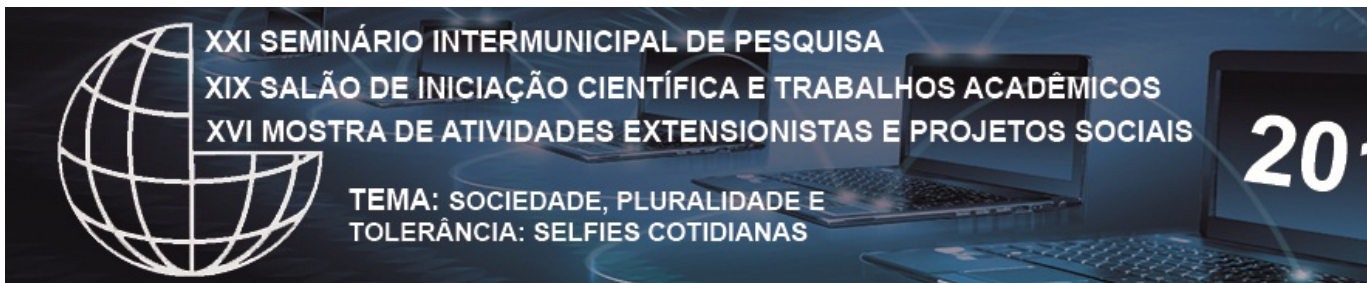
Afirma Dimenstein (2012, p. 426) como contra resposta a lógica asilar é necessário implantar serviços abertos e de base territorial que supram as funções de moradia, alimentação, trabalho/ocupação, lazer, as relações de amizade e os vínculos sociais que se materializaram desde o nascimento. E como resposta para se avançar no desmonte da estrutura asilar em todo país foram criados as Residências Terapêuticas (SRT) e o Programa de Volta Casa (PVC) garantindo a desinstitucionalização de usuários de longa permanência dos hospitais, cujas internações na maioria das vezes, se justificam mais por questões familiares, sociais e econômicas do que efetivamente clínicas.

O primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) do Brasil foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. (SAÚDE, 2004, p. 12).

Atualmente para fortalecer as ações de saúde mental na atenção primária foram implantadas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). E apesar da ampliação (Dimenstein, p. 426, 2012)

ATIVIDADES TERAPÊUTICAS NO CAPS

De acordo com Saúde (2004) o CAPS II oferece acolhimento diurno. O usuário precisa encontrar um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação



de crise. Alguns detalhes no ambiente são essenciais para o cumprimento dos objetivos do CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações, tendo em vista a capacitação oferecida aos profissionais.

Quando uma pessoa é atendida no CAPS, ela e sua família tem acesso a várias recursos terapêuticos conforme o quadro 2. Oferecendo diferentes tipos de aprendizagens, além de consultas e medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado clínica ampliada. Esse novo modelo de clínica ampliada vem sendo construída na prática de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de tratamentos e compreensão dos transtornos mentais.

QUADRO 1 – TIPOS DE CAPS

CAPS I – municípios com população entre 20.000 E 70.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

CAPS II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período, funcionamento até 21 horas

CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes

Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana

CAPS i – municípios com população acima de 200.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período de funcionamento até 21 horas

CAPS ad – municípios com população acima de 100.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas

De segunda a sexta-feira

Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas



FONTE: MS (2004)

ESPECIALIDADES DO ATENDIMENTO NO CAPS

Segundo o Saúde (2004) deve ser levado em consideração que a especialidade é diagnosticar alguns indicadores de transtorno de saúde mental para identificar quem precisa ser atendido pelo CAPS, para evitar a exclusão do cuidado dos casos graves na Atenção Básica. Sendo necessário o encaminhamento da unidade de saúde de origem, para atendimento no CAPS somente os casos conforme o quadro 2.

QUADRO 2 - SERVIÇOS DO CAPS

- 1 - Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- 2 - Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- 3 – Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- 4 – Dar suporte e supervisionar a atenção á saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- 5 – Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- 6 – Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- 7 – Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental

Fonte: MS (2004)

O QUE É O CAPS II - VIVER

Conforme nos informou em uma palestra a psicóloga Larisa Weber é responsável pelos atendimentos no CAPS II – Viver, Guaíba/RS, os atendimentos no CAPS tem



aumentado devido o encaminhamento dos pacientes oriundos de sua UBS (Unidade Básica de Saúde) de origem. Devido a Reforma Psiquiátrica, o CAPS II é referência para o atendimento de pessoas em crise, sendo acolhidas e acompanhadas em um tratamento multiprofissional. Num contexto geral as patologias encontradas entre os usuários estão: Esquizofrenia, Bipolaridade, Síndrome do Pânico, Transtornos Depressivos, Dependência Química em álcool e outras drogas. O CAPS II possui 9 leitos de internação psiquiátrica no Hospital Livramento, sendo feito o encaminhamento para internação, apenas nos casos agudos. A psicóloga explicou que já prestou atendimento aos dependentes químicos de drogas psicoativas, mas hoje esse serviço não está mais atuante.

Na opinião da profissional o CAPS II é um articulador da saúde mental do município através do matriciamento junto ao Hospital Nossa Senhora do Livramento e serviço de pronto atendimento, onde sempre procuram preservar a qualidade dos atendimentos. Os usuários e o seus familiares podem esperar do tratamento no CAPS II, um trabalho no meio terapêutico, com sessões individualizadas e grupais. Devido o tratamento, o usuário forma uma construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo as várias modalidades de tratamento.

Após a acolhida e iniciado o tratamento desse usuário a equipe multidisciplinar do CAPS II se reúne para traçar um projeto terapêutico e o profissional que o acolheu no serviço passa a ser uma referência para ele. Devido o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento. O terapeuta que fez a acolhida, é considerado como o terapeuta de referência (TR), e estará sob sua responsabilidade de monitorar junto com o usuário o projeto terapêutico.



Ficando sob tarefa do terapeuta de referência o contato com a família, avaliação periódicos das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica do CAPS II. O projeto terapêutico do usuário é individual, um conjunto de atendimentos que respeitem sua particularidade conforme o quadro 3. São respeitados sua identidade, cultura local, território. “O objetivo do CAPS é oferecer atendimento a população da sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.” (SAÚDE, 2004, p. 13).

QUADRO 3 – RECURSOS TERAPÊUTICOS DO CAPS

Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;

Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;

Atendimento para a família: atendimento nuclear e grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;

Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairros e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;

Assembleia ou Reuniões de Organização do Serviço: a assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento do CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros concidados, que juntos discutem, avaliam e propõem, encaminhamentos para o serviço.



Disctem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

Fonte: MS (2004)

A chegar com o encaminhamento em mãos, ele será atendido por um profissional que fará a acolhida tendo qualificação para a promoção de saúde, suporte e orientação técnica deste indivíduo. Após a acolhida é necessário fazer um planejamento de acordo com cada situação respeitando as diretrizes do SUS. Tendo em vista que algumas pessoas não sabem onde buscar apoio, devido a falta de informação, pensam ter atribuições para o atendimento quando poderia se dirigir a UBS (Unidade Básica de Saúde). Sendo diagnosticado o transtorno ou dependência química, os profissionais do CAPS fazem a avaliação do risco que o transtorno expõe o cidadão, sociedade e família.

Quadro 4 – INDICADORES DE ATENDIMENTO

AÇÃO	INDICADORES
1 – Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool	Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo
2 – Atenção a pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas	Percentual de pessoas com problemas uso prejudicial de outras drogas acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo
3 – Atenção a pessoas com transtornos grave (severo) persistente mental	Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo
4 – Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica	Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátricas acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo
5 – Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia)	Prevalência de transtorno convulsivo (epilepsia) por sexo e faixa etária



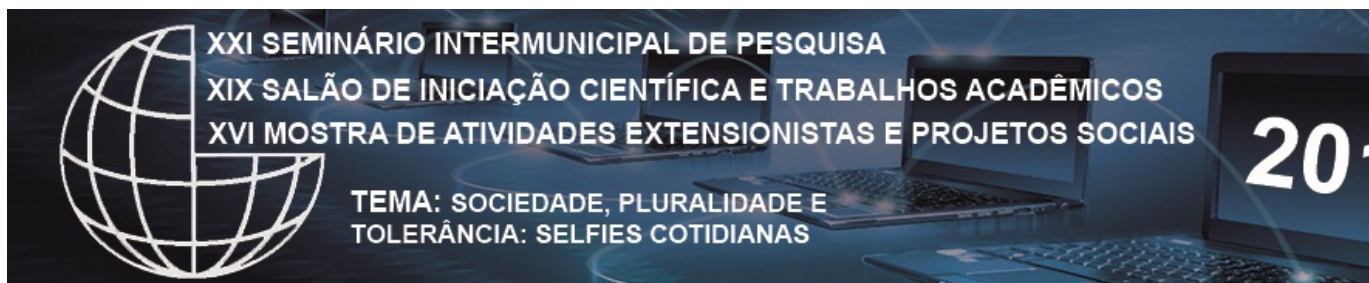
- 6 – Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo
- 7 – Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população)

FONTE: MS (2004)

Segundo Básica exemplos de situações de risco: Exclusão social (pacientes egressos de hospital psiquiátrico, pessoas em prisão domiciliar, população em situação de rua, idoso em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social etc.), transtornos mentais severos e persistentes (graves), suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens, violência intrafamiliar, problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, abuso e dependência de benzodiazepínicos. Básica 2001 (apud SAÚDE, 2004, p. 84).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta visita ao CAPS II – Viver, foi possível perceber a importância de se ter um local adequado para se conduzir um bom tratamento e acompanhamento das pessoas portadoras de transtornos mentais e sua família. E que grande parte da população ainda encontra-se sem qualquer informação de onde deve recorrer no caso de situação de risco contra a própria vida, isolamento, abandono ou exclusão devido os transtornos decorrentes de um problema psiquiátrico e comorbidades. As pessoas que ali procuram atendimento são encaminhadas por sua UBS (Unidade Básica de Saúde) de origem e são acolhidas por um profissional qualificado para tal. Aquele que fez a acolhida, será o profissional para sua referência, ele é quem vai conduzi-lo em todo o processo terapêutico, visando reinserir este usuário na sociedade, família e trabalho através do projeto terapêutico. A comunidade



também participa ativamente com trabalhos voltados exclusivamente a trocas de socialização. Dessa forma o potencial desse usuários é valorizado com oficinas artesanais que garantem um retorno rentável, para que percebam a valorização do seu trabalho. Os que podem deslocar-se, fazem passeios para vender os materiais confeccionados nas oficinas do CAPS.

Todo trabalho ali realizado com o usuário, passa por uma avaliação de toda a equipe multiprofissional, que viabiliza meios cabíveis de informação e condução da forma como se pode chegar ao objetivo proposto. Podemos assim perceber que o trabalho de reinserção psicossocial destes usuários, precisa ir além das paredes do CAPS. O CAPS segue as diretrizes do SUS no que diz respeito a equidade, integralidade e universalidade, sendo uma referência devido a Reforma Psiquiátrica. E que a veiculação de informações do que é o trabalho realizado no CAPS se faz necessária para que as pessoas saibam onde buscar ajuda para si mesmas ou um familiar. Para que o CAPS se torne referência para a sociedade de um local estruturado e com uma equipe multiprofissional que trabalha no cuidado e na prevenção das comorbidades geradas pelo uso, abuso e dependência química ou pelos transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

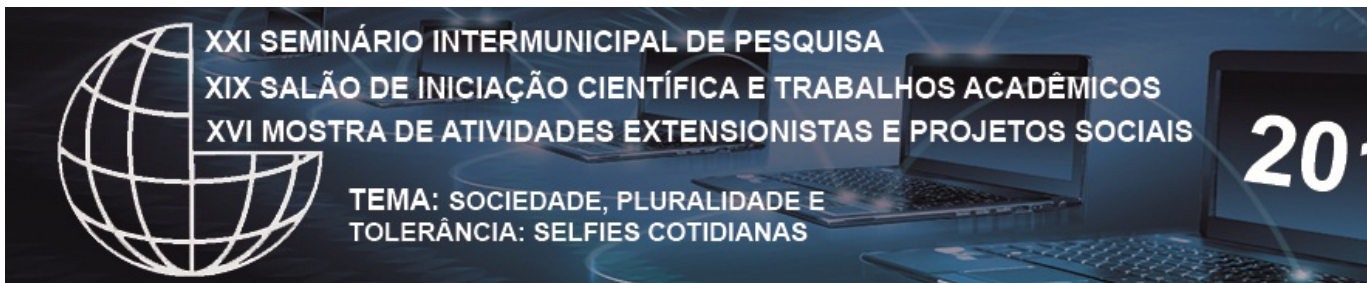
- BÁSICA, Atenção. **Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental.** Brasília, março de 2001.
- DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. **Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica.** Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza/CE – Vol. XII –nº 1-2, p.



419-456 – Mar/Jun 2012. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000100015>. Acesso em: 15 de out. 2018.

- **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 84 p. (Série Comunicação e Educação em Saúde).



ANEXO

Documento nem sempre do autor do artigo, que serve de fundamentação, comprovação ou ilustração. Os anexos são identificados por letras maiúsculas consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos.

ANEXO A – Exemplar de questionário aplicado na coleta de dados.

Anexo B – Fotografia da comunidade escolar onde foi realizada a coleta de dados.