

TIAGO MORENO LOPES ROBERTO
YONARA FERNANDA DA CUNHA VIANA

**A OPINIÃO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
MENTAL SOBRE O TRABALHO EM REDE DO MUNICÍPIO DE
VOTUPORANGA/SP.**



UNIFEV - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOTUPORANGA

DEZEMBRO/2015

TIAGO MORENO LOPES ROBERTO
YONARA FERNANDA DA CUNHA VIANA

**A OPINIÃO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
MENTAL SOBRE O TRABALHO EM REDE DO MUNICÍPIO DE
VOTUPORANGA/SP.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário de Votuporanga - Unifev, para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, sob a orientação da Professora Ma. Maria Celina Trevisan Costa.



UNIFEV - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOTUPORANGA

DEZEMBRO/2015

TIAGO MORENO LOPES ROBERTO
YONARA FERNANDA DA CUNHA VIANA

**A OPINIÃO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
MENTAL SOBRE O TRABALHO EM REDE DO MUNICÍPIO DE
VOTUPORANGA/SP.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Centro Universitário de Votuporanga - Unifev, para
obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovado: 04/12/2015

Primeiro Examinador
Nome: Ma. Carol Godoi Hampariam
Instituição: Unifev

Segundo Examinador
Nome: Dr. Alexandre da Silva de Paula
Instituição: Unifev

Orientadora
Ma. Maria Celina Trevisan Costa.
Unifev - Centro Universitário de Votuporanga

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, que me deu forças e permitiu-me chegar até este momento especial. Minha família, mãe, pai, irmãos, que sempre me apoiou, inclusive nos momentos de maior dificuldade, e ao meu companheiro Tony, referência e suporte nesta fase tão importante da minha formação. Aos amigos que não duvidaram, ao contrário, torceram para que este dia chegasse e a todos os professores que, com cuidado, critério e paciência, conduziram-me a este momento tão aguardado.

Tiago Moreno

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele eu não teria forças para enfrentar os obstáculos desta longa jornada, ao meu pai Élio da Cunha Viana, minha mãe Gerssé Maria Rodrigues Viana e a minha irmã Yngridi Carolini da Cunha Viana, e aos meus familiares e amigos que sempre me incentivaram para alcançar esse tão almejado sonho.

Yonara

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom divino de poder estar aqui hoje concluindo mais uma etapa da minha vida. Agradeço e dedico este trabalho acadêmico aos meus pais Lourdes de Fatima Moreno Lopes Roberto e Sebastião Meneguete Roberto e ao meu companheiro Antônio Guerche Filho, por terem me apoiado nesses anos de estudo; acredito que com essas pessoas pude aprender e crescer pude sonhar, pude chorar, enfim momentos únicos que a vida acadêmica nos permite experimentar.

Agradeço e dedico este trabalho a minha orientadora Professora Ma. Maria Celina Trevisan e ao Coordenador da rede de saúde mental de Votuporanga Reinaldo de Carvalho pela disponibilidade e dedicação que proporcionaram o direcionamento para a realização deste trabalho e a todos os professores do Curso de Psicologia Unifev, pelos dias de convivência, pela sua dedicação à nossa formação profissional e ao seu desempenho para que este trabalho fosse realizado com sucesso.

Tiago

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e forças para superar as dificuldades.

A minha orientadora Ma. Maria Celina Trevisan Costa pelo seu suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas orientações, pelas suas correções e incentivos. Aos meus pais pelo amor e apoio incondicional.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do carácter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicarão a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem feito aprender.

Agradeço também aos meus amigos e primos, e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Yonara

*“Não considere nenhuma prática como imutável.
Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite
verdade eterna Experimente.”*

B. F. Skinner

*“A psicologia nunca poderá dizer nada sobre a
loucura, pois é a loucura que detém a verdade da
psicologia”.*

Michel Foucault

RESUMO

O trabalho analisa questões voltadas à atuação da equipe multidisciplinar da rede de saúde mental do município de Votuporanga, visto que os serviços propostos pela reforma Psiquiátrica no caso os CAPS Centro de Atenção Psicossocial, tem como objetivo a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, reabilitando o indivíduo em seu contexto social. As ferramentas utilizadas para coleta foi uma entrevista semi-dirigida com os profissionais atuantes na rede de saúde mental. Partimos pela busca da opinião dos profissionais sobre diversos aspectos do trabalho em rede, comunicação, qualificação, reabilitação, reinserção social, buscando assimilações com conteúdo prático e teórico sobre as Políticas Públicas da saúde mental do Brasil. Analisamos que existe uma relação entre o conceito histórico da reforma Psiquiátrica que ainda se faz muito recente em nossos pais, o fato é que a reforma ainda está em processo de adaptação, a existência dos hospitais Psiquiátricos ainda tem muita credibilidade pela visão social sobre o conceito de cura, a necessidade dos familiares acabam desviando o portador de transtorno mental de sua reabilitação nos Centros de Atenção Psicossocial, tendo como a melhor forma de tratamento a exclusão do indivíduo. Os profissionais da rede de saúde mental acreditam que a falta de comunicação da rede entre possíveis órgãos do município gera a não reabilitação do sujeito dificultando possíveis intervenções no âmbito com a comunidade. A cronificação dos portadores de transtornos mentais tem acontecido dentro dos CAPS, pois a falta de comunicação e acessibilidade com a comunidade ainda existe, o estigma que o “louco” tem que ficar preso, ainda está presente no julgamento moral da sociedade.

Palavras-chave: Trabalho em rede. Comunicação. Reabilitação. Cronificação.

ABSTRACT

The paper analyzes issues facing the work of the multidisciplinary team of mental health network in the city of Votuporanga, as the services offered by the Psychiatric reform if the CAPS psychosocial care center, aims to de-institutionalization of patients with mental disorders, rehabilitating the individual in its social context. The tools used for data collection was a semi-directed interview with the professionals working in the mental health network. We start by seeking the opinion of professionals on various aspects of networking, communication, training, rehabilitation, social reintegration, seeking assimilation with practical and theoretical content on the Public Policy Mental Health of Brazil. We have analyzed that there is a relationship between the historical concept of the psychiatric reform that still is very recent in our country, the fact is that the reform is still in the process of adaptation, the existence of Psychiatric hospitals still have a lot of credibility for the social vision of the concept healing, the need for family end up diverting mental patients in their rehabilitation in mental health services, and how best to treat the exclusion of the individual. Professionals in the mental health system believe that the lack of network communication possible between municipal bodies generates no rehabilitation process difficult possible interventions within the community. The chronicity of people with mental disorders has happened within the CAPS because the lack of communication and accessibility with community still exists, the stigma that the "crazy" have to get stuck, are still present in the moral judgment of society.

Keywords: Networking. Communication. Rehab. Becoming chronic.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AVD	Atividades da Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CPPII	Centro Psiquiátrico Pedro II
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVA	Espuma Vinílica Acetinada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MDF	<i>Medium-Density Fiberboard</i>
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PTI	Plano Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVA	Polimerização do Acetato de Vinila
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do número de usuários por bairros atendidos.....	54
Gráfico 2 - Distribuição do número e porcentagem de acordo com sexo dos usuários atendido no CAPS II, com base nos 78 prontuários avaliados.....	55
Gráfico 3 - Distribuição do número de usuários atendidos no CAPS II por faixa etária e sexo.	55
Gráfico 4 - Distribuição do número de acordo com o CID-10 referente aos transtornos mentais e comportamentais F 00 - F 99.	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Grade de atividades do CAPS-AD	61
Quadro 2 - Equipe fixa do CAPS-AD de Votuporanga	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Recursos Humanos do Centro de Atenção Psicossocial “Leodoro Santana”	53
Tabela 2 - Distribuição do número de atendimentos ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2011 no CAPS II Votuporanga	58
Tabela 3 - Número de Unidades de Saúde/SUS	63

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Saúde pública e contextualização de pontos de atenção em rede.....	16
1.2 A influência do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil	17
1.3 Multidisciplinariedade na rede de saúde mental.....	22
1.4 Rede de saúde mental no Brasil.....	24
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos.....	29
3 MÉTODO	30
3.1 Participantes	31
3.2 Material e ambiente	31
3.3 Procedimento	31
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE	47
ANEXOS.....	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde pública e contextualização de pontos de atenção em rede

O Brasil iniciou várias mudanças no Sistema Único de Saúde - SUS, reduzindo a segmentação da saúde, ao unir os serviços de União, estados e municípios e assistência médica previdenciária do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Com a Constituição Federal de 1998, tem início a descentralização, dando ênfase na municipalização que ocorreu na década de 1990. A implementação do SUS contribuiu pouco, no entanto integrou a saúde nas regiões que agregam diversos municípios (SILVA, 2011).

Com a publicação do pacto pela saúde em 2006, a aprovação e regulamentação pelas portarias ministeriais n. 399 e 699, que teve como principal objetivo mudar o formato rígido nas Normas Operacionais de Atenção à Saúde - NOAS, promovendo um pacto mais elaborado e flexível contribuindo para a regionalização e aperfeiçoamento nas redes. Nesse período, o governo se sensibilizou, apoiando essa nova integração de ações dentro do serviço de saúde (SILVA, 2011).

Os usuários passaram a ter maiores benefícios e melhores condições de tratamentos em seu território, incluindo novas ações para atender e estabelecer um vínculo maior entre usuário do serviço e colaborador, intensificando e modificando alguns comportamentos para maior adesão dos tratamentos disponíveis na rede.

De acordo com Silva (2011) o trabalho em rede integrado e regionalizado são os aspectos territoriais do paciente, que necessita de ações que promovam sua saúde, em métodos preventivos ou de ação na doença. Os serviços de saúde ou pontos da rede caracterizado em funções e objetivos, logística e planejamento para controle da demanda dos usuários e sistema de governança ou gerência.

O trabalho em rede é primordial para o bom funcionamento do planejamento da saúde do município, pois é através das articulações entre os órgãos de serviço da saúde que se pode constatar as necessidades mais amplas dentro de um território de uma numerosa população.

De acordo com Vilaça (2010) através de uma análise em relação à atenção a saúde, pode-se observar em uma perspectiva internacional que a saúde está em um sistema fragmentado nas condições de doenças agudas e crônicas, o fragmento está nos conjuntos de pontos de atenção que se encontram sem comunicação com os demais conjuntos ligados a rede de saúde, sendo dificultada a atenção contínua, a atenção primária, secundária, e terciária, esse conjunto deve se envolver exercitando seu papel de comunicação e cuidado com a população.

A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado á saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis (SILVA, 2011, p. 2760).

Existem grandes obstáculos estruturais e conjunturais que dificulta o funcionamento dos serviços em rede, trazendo dificuldades nos objetivos e princípios da Reforma Sanitária aqui no Brasil, também existem evidencias sobre as políticas públicas sobre a formação e educação na área da saúde pública, por isso deve-se levar em conta vários fatores que estão integrados na fragmentação da saúde no SUS (SILVA, 2011).

1.2 A influência do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil

O hospício durante a época clássica tem uma função de “hospedaria”, os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representavam o espaço de recolhimento de leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, pessoas que ameaça a lei e a ordem daquele determinado contexto social. Esses indivíduos enclausurados não passavam por tratamentos de medicalização ou se quer uma conotação patológica. O olhar para esse indivíduo excluído da sociedade era referido a desrazão, as condições médicas daquele período se relacionavam com condições econômicas políticas e sociais fazendo uma ordem moral e obstáculo à nova ordem social (AMARANTES, 2013).

A figura do médico clínico surgia a partir de 1793, tem em Pinel (médico francês, considerado por muitos o pai da psiquiatria) sua principal e primeira expressão, Pinel

descreve o isolamento como fundamental a fim de executar ordens de polícia interna e observar os sintomas para descrevê-los.

A doença se desdobra por reagrupamento - diversificação de seus sintomas inscrevendo no espaço hospitalar tantas subdivisões quanto são as grandes síndromes comportamentais que ela apresenta. [...]. Funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são afetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar (CASTEL, 1978 *apud* AMARANTES, 2013, p. 25).

No século XVII, o hospital deveria criar algumas condições para que a verdade do mal viesse à tona, visualizando-se e descobrindo o local de manifestação da verdadeira doença. A partir do século XIX, a psiquiatria assim como outros saberes da área social passa a seguir orientações das demais ciências naturais, assumindo um novo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os sintomas nervosos direcionando o homem em seu conhecimento nos transtornos mentais. O “louco” passa a ser caracterizado como representação de risco e perigo para a sociedade, dessa maneira é inaugurado a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do contexto hospitalar, um lugar de articulação e imposição da relação entre médico e doente, o tratamento moral (AMARANTES, 2013).

Para Birman e Costa (1994 *apud* AMARANTES, 2013, p. 28), não era mais possível continuar com a instituição asilar, aceitando que vários homens que havia saído da guerra militar, capazes de trabalhar pudessem estar isolados nos hospícios. Os danos psicológicos, físicos e sociais que a guerra gerou em um grande número, principalmente em jovens. Desta forma era necessário um projeto para a reconstrução nacional dessas pessoas traumatizadas, abrindo espaço para novos pensamentos e propostas de reformulação da instituição manicomial, uma das propostas é a da terapêutica ativa, ou terapia ocupacional desenvolvida por Hermamnn Simon na década de 1920.

A reforma psiquiátrica passa por vários percursos que influenciam dando novas possibilidades para novos fundamentos e práticas psiquiátricas, utilizando as orientações elaboradas por Birman e Costa (1994 *apud* AMARANTES, 2013, p. 21) que formulam a hipótese de que a psiquiatria vem de uma crise teórica e prática, com uma serie de práticas que deixa de ser um tratamento da doença mental para ser promoção da saúde mental, é nesse momento que se inicia novas reflexões.

O autor ainda descreve que por acreditar que o manicômio seja uma ‘instituição de cura’. É importante pensar na reforma interna da organização psiquiátrica, por

meio desse pensamento surgiram grandes críticas que se estenderam por um longo percurso iniciando movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA) e de Psicoterapia Institucional (França), atingindo a instalação de novos modelos de terapia dando o início também para Terapia Familiar. No segundo período na (França) a Psiquiatria se estende ao espaço público iniciando novos trabalhos para desenvolvimento da promoção de Saúde Mental da comunidade (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 44 *apud* AMARANTE, 2013, p. 22).

A Psiquiatria inicia um processo de mudança pensando em ações e condições que possa gerar a promoção da saúde mental e incluindo como um processo de adaptação social dentro das comunidades.

A reforma psiquiátrica no Brasil tem seu início por meio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental do Rio de Janeiro que atuam no serviço de saúde mental de quatro unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental - Dinsam, do Centro Psiquiátrico Pedro II - CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira - CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, que tem como objetivo principal constituir um espaço de luta não institucional, proporcionando uma transformação do projeto psiquiátrico. Tem como meta de reivindicações a regularização da situação trabalhista, aumento salarial, redução do número de consultas por turno de trabalho, as reivindicações foram através de denúncias realizadas nos seguintes aspectos: salariais, formação de recursos humanos, relações entre instituição, clientela e profissionais, modelo médico-assistencial, condições de atendimento, nesse período teve grande impacto a greve dos médicos residentes que auxiliou no movimento fortalecendo o pedido de melhorias na psiquiatria (AMARANTES, 2013).

Com o agravamento da crise financeira da Previdência Social e sua impossibilidade de solucionar os problemas existentes se dá o surgimento de um conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária pelo Decreto n. 86.329 de 02 de setembro de 1988. Que ligado ao ministério da Previdência Social, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - Conasp, que fica responsável pelo novo modelo assistencial da Previdência, que tem como objetivo o aumento da produtividade e racionalização do sistema, melhoria de qualidade dos serviços oferecidos em sua plena extensão territorial, esse caminho pela desinstitucionalização, que teve seu início na segunda metade dos anos 1980. Um novo contexto político, criando o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do projeto de Lei n. 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado que ficou conhecido como “Projeto Paulo

Delgado” as transformações tomaram uma dimensão mais ampla e complexa com várias articulações nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTES, 2013).

No II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987), na luta por uma sociedade sem manicômios, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica (n. 3.657/89) pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), o projeto de Lei é constituído por três artigos que condiz com novas mudanças na Política de Saúde Mental.

1º) proibição da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; 2º) direcionamento dos recursos públicos para a criação de serviços não manicomiais; 3º) obrigatoriedade da comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária para que houvesse fiscalização sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002 *apud* GARCIA, 2011, p. 33).

No ano de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS foram normalizados pela Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, e n. 1889, de 20 de março de 2002, entre o período 2002 e 2004, foi o momento que o modelo assistencial diversificado se expande e a desospitalização passar a ganhar destaque. Dando o surgimento ao programa de Volta a Casa que tem como ideia retirar os moradores dos hospitais psiquiátricos e proporcionar um novo modelo de implementação de cuidados em saúde mental, e oficialmente os CAPS e o Programa de Volta a Casa passa a funcionar em 2003 (BORGES; BAPTISTA, 2008 *apud* GARCIA, 2011, p. 42).

Os Centros de Atenção Psicossocial passam a ser um agente estratégico dentro da rede de cuidados, gerando maior comunicação e articulação entre a atenção básica em saúde, atuando juntamente com outros dispositivos como ponto estratégico, Saúde da Família, rede de ambulatórios e atividades de cuidado e suporte social, tendo como prática um novo modelo dentro do âmbito territorial dos portadores de transtornos mentais (JORGE, 2005 *apud* GARCIA, 2011, p. 43).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1987 em São Paulo, através do novo modelo político e de financiamento das ações em saúde mental, em 1989 foram criados os Núcleos de Atenção Psicossociais em Santos, tendo como herdeiros diretos da tradição Basagliana de desconstrução do manicômio. Os CAPS podem atender 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, desta forma surge as seguintes modalidades CAPSI, CAPSII e

CAPS III, onde tem como principal função atender todos pacientes de seu território através do tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

Nesse período com a criação de uma rede de serviços que possa atender serviços de média e pequena complexidade, passa a ser direito ao tratamento dentro do seu território e à organização de uma rede de atenção integral a modelo Psicossocial que configura a atual política de saúde mental no Brasil (JORGE et al., 2003 *apud* GARCIA, 2011, p. 43).

É preciso atentar para o fato de que a reorientação do modelo pautado na atenção psicossocial requer ações diferentes âmbitos de intervenção. Logo, o reconhecimento da importância de inclusão de serviços de outras áreas a compor a rede é fundamental. Assim a rede deverá ser composta por demais recursos políticos e socioculturais presentes na comunidade, tais como: instituições de defesa dos direitos do usuário, Ministério Público, escolas, associação de bairros, demais associações e ou cooperativas, família, ações e atores na área do trabalho (AMARANTE, 2007; PITTA, 2006 *apud* GARCIA, 2011 p. 43-44).

Pode-se analisar que com as construções dos CAPS a desinstitucionalização passa a ocorrer e outras reflexões passam a ser idealizadas para a promoção de saúde mental. Desta forma o Ministério da Saúde passa a destinar recursos extras hospitalares, buscando a fazer da rede um suporte e instrumento de reinserção social.

Apesar dos grandes avanços na reforma Psiquiátrica, ainda é muito grande o número de hospitais Psiquiátricos privados, onde é reforçada a ideia de que a pessoa com transtorno mental tem que viver isoladamente da sociedade, fazendo manter o modelo hospitalocêntrico e intensificando que o modelo de cura é o isolamento do indivíduo (JORGE 2005 *apud* GARCIA, 2011, p. 38).

A nova política de saúde mental deve promover novas alterações buscando a responsabilidade de vários aspectos no cuidado ao portador de transtorno mental, inserindo serviços de saúde e instituições privadas. A responsabilização do sujeito portador do transtorno visa vincular o doente com a comunidade ao serviço de saúde do seu território, tendo como novos olhares para esse portador da doença, profissionais de ambas as áreas com responsabilidades compartilhadas atuando como equipe interdisciplinar (GARCIA, 2011).

Buscando uma nova recomposição do conhecimento, diante de inúmeros avanços afirmam que para ir mais além do consenso, a saúde mental deve ser colocada como prioridade na agenda pública da saúde, é necessário aumentar as verbas em saúde mental (GARCIA, 2011).

Atualmente em 2,5% para 5% do orçamento total da saúde, expandir número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, expansão na formação em saúde mental para médicos

e outros profissionais, desenvolver aprimoramentos e mestrados para início de investigações em saúde mental (GARCIA, 2011).

Ainda esse cenário precisa mais planejamento, mas para isso é necessário unir forças para discutir novas estratégias para o avanço da reforma (GARCIA, 2011, p. 50-51).

1.3 Multidisciplinariedade na rede de saúde mental

De acordo com Pinho (2006) o mercado de trabalho se encontra cada vez mais competitivo, sendo assim tem como grande necessidade a capacitação de profissionais em diversas ambientes. E a área da saúde não fica fora deste contexto, pois junto com a globalização vieram os novos recursos, que trouxeram como necessidade novas formas de relações sócias, qualidade de vida, busca pela permanência e sobrevivência. Desta forma o profissional deve estar cada vez mais capacitado para que ele possa atender com um diferencial a demanda apresentada, promovendo assim modificação no processo de trabalho, incorporando tecnologia para lidar com o público cada vez mais exigente. Com isso um grande trabalho que tem se mostrado em destaque principalmente do âmbito da saúde é o trabalho em equipe multidisciplinar, aonde os profissionais foram levados a reconhecerem que a necessidades de diferentes profissionais contribuem de maneira efetiva com o paciente. Ele surge como uma forma estratégica de promover e desempenhar a qualidades dos serviços prestados.

Segundo Costa (2007) o conceito de multidisciplinaridade ganha importância a partir dos anos de 1960, aonde profissionais buscavam compreender o que aconteceria nos anos seguintes. Em 1970 buscava-se por uma definição acerca do tema, em 1980 buscavam-se a construção de uma metodologia eficaz e somente a partir dos anos de 1990 que se tenta a construção de uma teoria que adentrasse ao tema específico. Com o movimento da Reforma Sanitária e as novas propostas do modelo assistencial, que passaram no final da década de 1980, tem se arriscado efetivar esse vasto campo onde diversos profissionais de outras áreas trabalham juntos com o mesmo propósito. Ao tentar compreender o início de todo o processo histórico pode-se afirmar que a interdisciplinaridade do campo da saúde pública só se torna efetiva no século XX, quando algumas crises ideológicas e políticas estimularam transformações no conceito de saúde. O termo multicispliridade se correlaciona com interdisciplinaridade ou pluridisciplinaridade. E é muito importante a compreensão de ambos os termos para que assim se possa ter uma compreensão adequada de como esses profissionais atuam em sua prática.

De acordo com Tavares (2012) a multidisciplinaridade tem como objetivo analisar cada necessidade do indivíduo particularmente e cada profissional busca manifestar o

seu parecer de acordo com sua especialidade. O trabalho multidisciplinar visa construir uma boa relação entre os profissionais, para que assim eles possam analisar o paciente de uma maneira independente compreendendo o indivíduo como um todo, considerando um atendimento humanizado para sua melhor adaptação ao tratamento, para que ocorra desta forma uma melhora em sua qualidade de vida. A equipe tem como foco atender as necessidades integrais da pessoa, visando seu bem-estar, sendo assim é indispensável que ocorra um bom vínculo entre pacientes e profissionais, para que aumente desta forma sua empatia entre ambos.

De acordo com Tavares (2012) a inserção do profissional psicólogo em uma rede de equipe multidisciplinar é crucial, pois ele é capaz de promover e desenvolver a prática em si da multidisciplinaridade, pois ele busca a melhor integração com os demais profissionais. Ele vai orientar os outros profissionais para que eles tenham esclarecidos seus objetivos, facilitando assim a comunicação entre os integrantes da equipe, sendo ele o interlocutor do caso do paciente mantendo informados também os seus familiares. Sendo assim o trabalho entre as equipes de saúde exige dos profissionais um grande abarcamento dos saberes de cada área envolvida, para que assim ambos possam construir algo para o bem-estar biopsicossocial do seu paciente.

Segundo Vasconcellos (2010) os serviços de multiprofissionais está cada vez mais palpável no cotidiano e isso não se difere quando se fala no contexto de saúde mental, e isso se deve graças a Reforma Psiquiatria internacional, sendo assim esses foram uns dos motivos que alavancaram mudanças no contexto assistencial brasileiro. Promovendo assim uma valorização social deste público que anteriormente era totalmente abandonado e sujeito a qualquer tipo de cuidados. Com isso foram implantadas instituições extra-hospitalares, onde esses indivíduos possam ter uma melhor qualidade de vida, que é o caso do CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) onde equipes multiprofissionais realizam trabalhos para que ocorra uma melhora deste paciente, promovendo a reabilitação psicossocial deste indivíduo.

Sendo assim segundo Costa (2007) a multidisciplinaridade atualmente passou a ser exigida no contexto da saúde, pois ela é a inter-relação entre os profissionais, aonde ocorre uma melhor produção dos casos, fora que é uma troca de saberes, proporcionando uma melhor contribuição de desempenho e desenvolvimento profissional, sem desconsiderar a qualidade de vida do paciente.

1.4 Redes de saúde mental no Brasil

Em 2002, as modalidades de CAPS foram normalizadas pelas Portarias n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, e n. 189, de 20 de março de 2002. Constituem-se uma rede de cuidados em saúde mental, colaborando por um novo modelo assistencial de saúde. O novo modelo é pautado na atenção psicossocial que requer intervenções em diferentes âmbitos, reconhecendo a importância da inclusão do sujeito portador de transtorno mental. A composição desta rede de saúde mental deverá atuar com recursos políticos e socioculturais presente na comunidade como: Ministério Público, escolas, associações de bairro, demais associações ou cooperativas, família, assistência social, Estratégias da Saúde da Família (AMARANTES, 2013).

O CAPS tem como funcionamento atendimentos em grupos, individuais, oficinas terapêuticas, atendimentos familiares, atividades comunitárias, culturais expressivas, esportivas, de alfabetização e geração de renda promovendo uma inserção desse sujeito portador de transtornos mentais na sociedade. Tem como prática inicial do tratamento o acolhimento, que consiste em uma escuta humanizada permitindo que o profissional crie um vínculo com o paciente e que compreenda melhor sua queixa, direcionando para a melhor forma de tratamento na rede saúde (SCHNEIDER, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial têm suas diferentes modalidades sendo:

a.1- CAPSI: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente imenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem relações sociais e realizar projetos de vida;

a.2- CAPSII: Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local;

a.3- CAPSIII: Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad;

a.4- CAPSAD: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário;

a.5- CAPS AD III: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, que tenham necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana;

a.6- CAPSI: Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário (SECRETARIA DE SAÚDE DE VOTUPORANGA, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial, ou RAPS, é instituída com a Portaria n. 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela se dá por início a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou portador de transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

“A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade” (BRASIL, 2013).

A Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP discorda dos modelos assistenciais em saúde mental que centra somente em um único equipamento. A saúde do indivíduo portador de transtornos mentais exige uma maior atenção com equipamentos e necessidades diferentes de outros transtornos. Nos últimos anos tem investido muito na desospitalização, porém sem investimentos nos serviços substitutivos que é o caso dos serviços hospitalares e extra- hospitalares, levando a falta de atenção generalizada dentro das necessidades demonstrada (ABP, 2014).

O modelo de assistência integral tem como objetivo a integração entre diversos serviços disponíveis, constituindo uma boa comunicação e um funcionamento harmonioso entre profissionais e comunidade. Para que isso aconteça é fundamental definir as funções de cada serviço da rede de saúde para procedimentos de referência e contra referência. Nos dias atuais a divisão dos serviços é através dos recursos disponíveis em seu âmbito territorial. A proposta é que a necessidade do paciente define onde ele vai ser atendido, atualmente existem diversos serviços que fazem parte da rede.

- Nível primário: tem como objetivo a promoção e prevenção. Ações preventivas em função de sua relevância incluindo orientações a população apoiando o fortalecimento de associações e familiares portadores de transtornos mentais, orientações educacionais contínuas para integrantes da comunidade e esclarecimentos em diversos contextos que possam ajudar no tratamento precoce de transtornos mentais. Atualmente os

serviços de cuidados básico no caso a Unidade Básica de Saúde e Equipes de Saúde da Família atua em conjunto na assistência psiquiátrica para as pessoas com transtorno mentais mais prevalentes e de menor complexidade, os médicos generalistas são orientados e capacitados para juntamente com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (ABP, 2014).

- Nível secundário: tem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo pacientes com o perfil de transtornos grave e crônico, Ambulatórios Gerais de Psiquiatria com equipe de saúde mental organizada de acordo com as demandas existentes em cada local e Ambulatórios Médicos Especialização (AME) em Psiquiatria, com programas de atendimento e público-alvo específicos e compostos por equipe multidisciplinar (ABP, 2014).

- O nível terciário: na prática existe uma grande dificuldade apresentando profissionais de saúde não capacitados nem o espaço para leitos psiquiátricos. As unidades de Emergência Psiquiátrica e Prontos Socorros Gerais apresentam fragilidades para receber pacientes em crise, com pouca permanência (até 24 horas). Um dos dois problemas da assistência em saúde mental no Brasil é a falta de leitos psiquiátricos e o precário atendimento das urgências. Visa-se que o ideal para um bom funcionamento regional tivesse um corpo clínico, psiquiatra de plantão e leitos de observação disponível para acolher, resolvendo uma grande parte da demanda sem necessidade da internação hospitalar. O nível terciário contempla programas estruturados para avaliação e tratamento de comorbidades psiquiátricas e programas complexos de reabilitação psicossocial com longa duração (mais de três meses) e moradias assistidas (ABP, 2014).

O transtorno mental muitas vezes traz uma incapacidade e dependência que exigem políticas públicas vinculadas com outros órgãos exemplo à assistência social entre outros, soluções humanizadas e custo-efetivas são propostas em outros países, adotando modelos de *hostels*, com apartamentos pequenos e individuais em condomínios terapêuticos urbano com suporte assistencial 24 horas. No Brasil se tem atualmente Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), mantidos pelos municípios sem a participação dos profissionais da área da assistência social. São para pacientes que se encontram internando em instituições psiquiátricas de dois anos ininterruptamente ou egressos de manicômios judiciários, tem-se atualmente também o Serviço de Residência Terapêutica I (Lar Abrigado) que é destinado a pacientes com autonomia comprometida e sem necessidade de internação clínica sem apoio familiar. Existe também o Serviço Residência Terapêutica II (Pensão Protegida) que são vinculados os pacientes com perda de autonomia e sem apoio familiar. Todos esses pacientes que estão morando em algum desses serviços terão como referência um serviço de saúde mental para tratamento (ABP, 2014).

Esses pacientes da comunidade, portador de transtorno mental, será utilizado dispositivo como o Projeto Terapêutico Singular - PTS, onde será definida uma estratégia com várias ações resultantes da discussão e da construção de uma equipe multidisciplinar que leva em conta as necessidades, as expectativas relacionadas ao problema de uma determinada pessoa ou até mesmo da família do paciente, nestes casos são realizadas discussões e compartilhamento dos demais conhecimentos da equipe. Todo PTS deve se estabelecer critérios de seleção. Casos mais difíceis com maior gravidade e complexidade devem ser priorizados, para isso levam-se em conta as queixas e considera-se a intensidade dos problemas apresentados, avaliando em várias dimensões (BRASIL, 2007 *apud* TRINO; FRANCO; MACHADO, 2013, p. 55).

No Brasil, o Ministério da Saúde coloca que em torno de 3% da população apresenta transtornos mentais severos e necessita de cuidados contínuos e intensivos, característicos dos CAPS. Também refere que 9% da população possuem transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, estes dos quais a atenção básica em saúde deve se responsabilizar (SCHNEIDER, 2009, p. 81).

O funcionamento desta rede de saúde mental deve dialogar com os demais órgãos de atenção do município e a equipe de trabalho multidisciplinar no caso dos CAPS usa de práticas externas na comunidade para construir junto com o paciente e com a sociedade um novo olhar para esse sujeito que está passando por um processo de reabilitação social dentro de seu âmbito territorial.

Segundo Schneider (2009) a estratégia de Saúde da Família é um importante elemento na atenção básica, vinculadas ao território e as demandas da comunidade. Promovem a percepção da integralidade dos indivíduos na busca de maior resolutividade para as demandas da saúde, constituindo e auxiliando determinantes sociais, políticos, econômicos e religiosos na complexidade da saúde mental.

Um das questões fundamentais das equipes de saúde mental e saúde da família são as conexões que são realizadas com diferentes órgãos disponíveis na comunidade, buscando articulações para a vasta complexidade de ações terapêuticas que adequa à realidade e a ausência de deficiências do serviço, ultrapassando a visão do conceito saúde-doença (LACETTI, 2006 *apud* SCHNEIDER, 2009, p. 82).

Atualmente no Brasil a rede de Saúde mental se constitui pela Atenção Básica em Saúde que é composta pelo núcleo de apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do Componente de caráter Transitório e Centros de Convivências e Cultura. A Atenção Psicossocial se define através dos Centros de atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades CAPS II; CAPS III; CAPSAD; CAPSI. A Atenção de Urgência e Emergência se

define pelos serviços Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Sala de Estabilização e Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas. A Atenção Residencial de Caráter Transitório se define pela Unidade de acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial. A Atenção Hospitalar é composta pela Enfermaria Especializada em Hospital Geral, Serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno Mental¹ com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. Estratégias de desinstitucionalização são compostas pelas Residências Terapêuticas e Programa de Volta para Casa. Estratégias de Reabilitação Psicossocial é composta por iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (BRASIL, 2015, p. 6).

¹ De acordo com a definição de 2014 o Transtorno mental: São alterações mórbidas do modo de pensar ou no humor, ou alterações por comportamento que prejudicam todo o desempenho da pessoa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Esse projeto de pesquisa tem como objetivo identificar / analisar as opiniões de profissionais de uma equipe multidisciplinar que vivenciam em sua rotina o trabalho em rede. Analisar seu procedimento sobre questões de planejamento e parcerias.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever como é realizado o trabalho em rede;
- Apresentar como têm ocorrido as intervenções de reabilitação psicossocial com portadores de transtorno mental;
- Distinguir os conhecimentos sobre rede, dos profissionais entrevistados tiveram durante o seu período de graduação.

3 MÉTODO

Foi realizado uma coleta de dados com os profissionais de uma equipe multidisciplinar atuante no Município de Votuporanga- SP, assim foi realizado para a obtenção dos dados uma entrevista semiestruturada com cada participante. Com a finalização das entrevistas o conteúdo foi transcrito na íntegra, em seguida foi categorizado por temáticas para análise do conteúdo.

Na análise dos dados foi utilizada do método qualitativo, buscando explicações e interpretações sobre os fenômenos, ou seja, as relações causais entre os dados obtidos e os fenômenos humanos e sociais. (TURATO, 2000, p. 93).

Segundo Turato (2000, p. 94) não basta apenas coletar os dados é necessária uma interpretação do indivíduo e de sua cultura, levando em conta os específicos settings dos cuidados que devemos ter com a saúde, relatos particulares que requer técnicas metodológicas especiais para serem coletadas.

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, construções humanas significativas. (MINAYO, 1994 *apud* TURATO, 2000, p. 96).

O uso do método qualitativo aplicado em setting dos cuidados com a saúde é essencial e de extrema importância que acolha a pessoa em atitude clínica, a humanização e a valorização da queixa e as ansiedades do entrevistado são elementos que acrescenta os interesses do pesquisador. (WEBESTER, 1997 *apud* TURATO, 2000, p. 99).

A apresentação das entrevistas foi tematicamente organizada através do roteiro semiestruturado, juntamente com a fala na íntegra, podemos sintetizar com dados teóricos e conteúdos sobre a saúde mental no Brasil.

3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa oito profissionais atuantes da rede de saúde mental em equipe multidisciplinar do município de Votuporanga/SP, sendo três colaboradores do CAPS II, três colaboradores do CAPS-AD e dois colaboradores do matriciamento².

Segundo o gestor de cada unidade de saúde, foi realizada uma pré-seleção de dois profissionais de cada equipe multidisciplinar composta por profissionais da área de Psicologia, Terapeuta Ocupacional, Médico Psiquiatra, Enfermagem e Assistência Social.

3.2 Material e ambiente

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista sim-estruturada (Apêndice A), que foi elaborado pelos pesquisadores.

Desta forma se utilizou folhas de registro e um gravador para efetuar as gravações. As entrevistas que foram realizadas dentro das Unidades de saúde mental do município de Votuporanga/SP.

3.3 Procedimento

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade de horário de cada participante. Os encontros com os profissionais da rede de saúde mental constituíram-se no horário de funcionamento da Unidade, com a média de 25 minutos de duração para cada participante, excedendo-se em alguns casos.

Sendo assim foram realizadas, ao todo, quatro visitas. Primeiramente se explicou a finalidade da pesquisa e direcionada para cada profissional um Termo de Livre Consentimento (Anexo A), aonde cada participante, após esclarecimentos e estando de acordo, assinou como participante da pesquisa e dando consentimento ao uso da gravação. Explicou-se que seriam utilizadas siglas dos nomes para preservar a identidade do sujeito. As entrevistas foram semiestruturadas, aonde os entrevistadores direcionaram os assuntos a serem discutidos de acordo com um roteiro e de acordo com a fala do participante. Todas as entrevistas foram gravadas, e posteriormente transcritas para análise do conteúdo, pois a técnica de análise de

² Matriciamento: Suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a uma equipe multidisciplinar, com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações.

conteúdo nos permitiu a categorização de falas recorrentes dos diversos profissionais entrevistados.

A cada encontro, um dos pesquisadores se responsabilizou pelo direcionamento da entrevista, enquanto o outro realizou as anotações e observações de manifestações gestuais e expressivas do entrevistado.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Nas entrevistas realizadas individualmente foram obtidos os seguintes resultados por questão (Formulário em anexo):

Categorias Temáticas

a) **Qualificação Profissional:** Nesta categoria os entrevistados apontam que durante a graduação não tiveram matérias que falassem especificamente sobre o trabalho em Rede de Saúde Mental, e que tiveram apenas algumas matérias que traziam uma noção bem geral deste trabalho.

[...] nunca teve nenhuma matéria que falasse de saúde mental ou rede especificamente [...]. (Entrevistado 3).

[...] gente teve sim alguns momentos, uns dois professores, falou sobre rede, em especial a saúde, mais acho que fui beneficiada em trabalhar na área da saúde, e como não havia comunicação entre as demais redes.

[...] durante a graduação não teve nenhuma matéria específica que tratasse do trabalho em rede [...]. (Entrevistado 6).

[...] essa informação ou formação do profissional que poderia ser melhor, contribui para as deficiências da rede ou entendimento de rede [...]. (Entrevistado 1).

Em contrapartida a minoria dos entrevistados relatou que estudaram algumas matérias ou até mesmo vivenciaram as mesmas em alguns estágios específicos.

Um ponto a se pensar acerca deste problema, é que a Reforma psiquiátrica é algo novo em nosso país, sendo assim apenas pessoas com a graduação recente tem de certa forma a oportunidade de vivenciar temas sobre Saúde Mental em sua formação.

De acordo com Kantorksi (2011) a saúde mental sofreu diversas transformações ao longo do tempo, isso graças a Reforma psiquiátrica que ocorreu mais precisamente na década de 1970. A Reforma psiquiátrica ainda está sofrendo transformações em nosso atual cotidiano, pois é um problema de políticas públicas. Com o tempo inúmeros Centros de Atenção Psicossocial foram construídos em todo Brasil, com a finalidade de reinstaurar o indivíduo na sociedade, humanizando assim todo o processo psicoterapêutico que tem como proposta a reabilitação do indivíduo, deixando de lado o modelo manicomial.

Maior parte dos entrevistados afirmou ter vivenciado algum trabalho em Rede de Saúde antes de iniciar sua atuação na instituição. A minoria divulgou que nunca haviam vivenciado nenhum tipo de experiência antes da atuação, relatando também que existem muitas fragilidades na Rede de Saúde Mental como um todo.

De acordo com Gazignato e Silva (2014) o CAPS Centro de Atendimento Psicossocial é um serviço de desospitalização e de reinserção social, aonde realizam trabalhos com uma equipe multidisciplinar em saúde mental, ele é compatível com os principais princípios elaborados pela Reforma Psiquiátrica. Porém os CAPS ainda são insuficientes perante a total demanda de pacientes no país. Outro grande desafio a ser enfrentado é a inserção da saúde mental na atenção básica de saúde.

b) Fragilidades do trabalho em Rede: Nesta categoria os entrevistados discorreram que existem muitas fragilidades na Rede de Saúde Mental. Alguns expuseram que as leis e normas são bem estabelecidas, porém no cotidiano não funciona e isso prejudica muito o tratamento do usuário, e não conseguem dar andamento no trabalho ou nos casos específicos.

[...] existem fragilidades na rede como a falta de informação, a Unidade Básica de Saúde conhece muito pouco sobre o trabalho e não demonstra muito interesse [...]. (Entrevistado 8).

[...] Eu acho que a possibilidade de estar em um território novo, igual Votuporanga, está se construindo várias redes, isso favorece o contato, o fato dos profissionais não ter o conhecimento pleno da rede mais ter a disponibilidade de entender e decodificar o trabalho em rede, ainda temos uma resistência cultural, falando da saúde mental, por outro

lado enfrentamos essa dificuldade, inclusive posso dizer que o próprio portador de transtorno mental ainda tem preconceito dele mesmo [...]. (Entrevistado 1).

[...] a rede não tem pontos positivos, falta mais esclarecimentos, reuniões, formação e capacitação [...]. (Entrevistado 2).

[...]. Sinto que o problema é Inter setorial, quando você da saúde mental para a população, tem que ser atendida por todos por conta que é uma população muito fragilizada, os outros setores às vezes tem, bom é como se cada um olhasse para seu umbigo, eu acho que é muito isso cada um quer resolver sua parte, e assim deixa um buraco de fragilidades, abre uma lacuna, acho que não é nem falta é ação mesmo, é em rede de uma forma geral [...]. (Entrevistado 1).

A cronicidade produzida pela inexistência ou pela fragilidade de uma efetiva “rede” de atenção em saúde e, em especial, em saúde mental, que se verifica, na existência desorganizada de várias portas de entrada e falta de portas de saída, de modo que a rede não se faz e a produção permanente não se opera, e o que vemos é “um conjunto de pontos ligados frágil e burocraticamente”. (BARROS, 2003 apud DIMENSTEIN, 2006, p. 72).

[...]. Vejo que em Votuporanga comparada as outras cidades, temos todos os instrumentos para se funcionar muito bem, ainda acho que de certa forma os funcionários não são preparados para isso, não sabem o que podem fazer por aquele paciente ainda [...]. (Entrevistado 2).

Os participantes apontam que existe falta de recursos financeiros e falta de outros implementos para dar continuidade no tratamento do paciente e no processo de reabilitação, relataram a necessidade de ações sociais que necessita de verbas, como passeios para os adolescentes atendidos pela rede de saúde mental.

Segundo Dimenstein (2006) a saúde mental vem, atravessando inúmeros desafios em cotidiano. É possível identificar relatos de todas as regiões do país que vão ao lado opostos propostos pela Reforma Psiquiatria, principalmente relatos negativos voltados para reabilitação do paciente. Outros problemas relacionados estão à falta de recursos financeiros, para realizar oficinas terapêuticas com os pacientes, grande demanda de pacientes, falta de capacitação dos profissionais e baixa salarial dos profissionais que ali estão inseridos. Sendo

assim podemos analisar e relacionar esses problemas como desafios de ordem pública na saúde mental brasileira.

Dentre os funcionários que participaram da entrevista a maioria relatou que não existem pontos positivos na funcionalidade da Rede no município, pois existem grandes fragilidades em todo seu processo. Os restantes dos participantes afirmaram que sim, existem pontos positivos como os Secretários responsáveis pela Rede Municipal, pois solucionam os problemas com facilidade e comunicação. Outro fator positivo citado é o SISS (sistema que integra com maior facilidade e acessibilidades sobre os dados dos pacientes) e novas construções de Rede de Saúde mental em um município relativamente novo como Votuporanga.

Segundo Gonçalves e Sena (2001) diversos avanços após a reforma psiquiátrica no Brasil ocorreram. Com eles o mais significativo foi a diminuição dos leitos nos manicômios. A substituição progressiva dos antigos manicômios, por outras práticas terapêuticas e de cidadania do doente mental vêm sendo objeto de estudo não só entre os profissionais de saúde mental, mas também em toda a sociedade brasileira.

Grande parte dos entrevistados afirmou que, existe uma boa comunicação entre os funcionários, pois realizam reuniões, discussões de casos específicos, o que facilita o trabalho e andamento dos casos. Os restantes afirmaram que não existe uma boa comunicação, e que falta capacitação dentre os funcionários atuantes na Rede.

c) Comunicação da rede de saúde mental: Os profissionais entrevistados acreditam que exista uma boa comunicação entre os funcionários que trabalham no CAPSII e CAPSAD. E o que favorece muito é ter algumas pessoas trabalhando nos dois órgãos, e atuando no matriciamento de Saúde Mental do Município. Outros afirmam que até existe em alguns momentos uma comunicação, mas falta capacitação para os profissionais que atuam nessas instituições, pois alguns trabalham com o senso comum.

[...] O mesmo paciente que é atendido pela educação é atendido pela assistência é atendido pela saúde, mas não existe comunicação, a rede é uma coisa difícil de funcionar [...]. (Entrevistado 3)

[...] A comunicação é difícil de acontecer por conta de compreensão mesmo, como se falasse línguas diferentes, acho que a gente não tem clareza de nosso papel muitas vezes, falta isso na graduação, a maioria dos profissionais que entram para trabalhar aqui não

tem experiência, e também não tem uma formação específica, em cada caso é um caso, alguns casos falta boa vontade, vai faltar ferramenta. [...]. (Entrevistado 3).

[...] estava na reunião de matriciamento, já me solicitam que eu use o espaço para fazer um acolhimento, ou discutir o caso com outro profissional, isso facilita a comunicação entre as unidades. (Entrevistado 3).

Outro ponto importante na constituição dessa rede integrada diz respeito à consolidação da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, à implementação de uma de suas estratégias, a do Apoio Matricial, ou seja, a capacitação de uma equipe de supervisores institucionais que possam operacionalizar a política de saúde mental do município, extrapolando o viés estritamente clínico tal como vem, tradicionalmente, sendo exercido por aqueles que ocupam esse lugar. (DIMENSTEIN, 2006, p. 74).

Segundo Vasconcellos (2010) os serviços de multiprofissionais está cada vez mais palpável em nosso cotidiano e isso não se difere quando falamos no contexto de saúde mental, e isso se deve graças a Reforma Psiquiatria internacional, sendo assim esse foram uns dos motivos que alavancaram mudanças no contexto assistencial brasileiro.

Todos os entrevistados discorreram que a comunicação entre os mesmos é primordial para a reabilitação do paciente. Mencionaram que é de extrema importância se manter informados acerca do curso de reabilitação do paciente, pois assim esse terá um ganho no percurso de seu tratamento. Pois assim sua melhora será de maneira efetiva. Analisamos que todos os funcionários compreendem que com uma boa interlocução, problemas corriqueiros podem ser solucionados com maior facilidade, promovendo assim uma melhor compreensão dos casos, facilitando os procedimentos e humanizando todo o processo.

[...] existe uma tentativa de atuação existe, tentamos trabalhar o paciente, tentando integrar ele, é fato nos deparamos por inúmeras barreiras e dificuldades, porque até mesmo essa rede não está cem por cento estruturadas para receber esse paciente, existe muito preconceito, até mesmo dentro da saúde em todas as esferas, ele sofre preconceito na saúde, na cultura na assistência [...]. (Entrevistado 7).

De acordo com Grutzmann (2000) a comunicação é primordial em uma instituição, essa foi encarada durante muito tempo como a atitude de trocar informações, para a geração de novas ideias para aperfeiçoar o trabalho desenvolvido. Uma boa comunicação

facilita a rotina de trabalho, promove diálogo entre os membros do grupo, soluciona problemas e incentiva a criação de novas ideias.

Podemos dizer que a articulação ou a troca de palavras é um efeito da solidão da modernidade, no período medieval as praças, os locais públicos era um local de trocas de mercadorias e experiências, era nesses locais onde vendiam seus produtos e trocavam palavras, sabemos que atualmente o local dessa troca de experiência e de comunicação é a rede social, é através do contato social que nos expressamos e trocamos habilidades, assim podemos concluir que o portador de transtorno mental necessita desses modelos sociais para se sociabilizar e criar estratégias de reabilitação através da troca de identidades. (SARACENO, 1999, p. 123).

d) Ações Psicossociais para o processo de reabilitação: Dentre os funcionários que participaram da entrevista grande parte afirmaram estar contribuindo de alguma forma para o processo de desinstitucionalização. Atuando assim com medidas de desinstitucionalização, como: parcerias com cursos, alguns grupos terapêuticos, oficinas, dentro da própria instituição CAPS, ainda as ações sociais externas na comunidade são poucas, profissionais relatam que teve algumas atividades externas como ir a um a exposição de artes, porém não é algo rotineiro, relata ser algo específico fora de seu plano terapêutico, quando perguntado a quantidade de vezes para ir até essa atividade foi relatado uma vez ao ano. Um entrevistado divulgou que existe uma falta de tempo, sendo assim não promove nenhuma atividade para a desinstitucionalização do paciente, e que somente em casos mais leves ocorre uma reabilitação.

[...] nunca tentei fazer nada, falta tempo [...]. (Entrevistado 3).

Segundo Garcia (2011), é fundamental que o município busque incentivar dentro da comunidade trabalhos envolvendo os pacientes, desconstruindo o estereótipo do louco, a desmistificação da necessidade de excluir o portador de transtorno mental, desta forma os profissionais possa lutar contra a exclusão do “louco”, iniciar alternativas externas foram as resistências dos técnicos encontrada na pesquisa do município de São José do Calçado/ES, aquilo que se configura como algo novo, ainda gera insegurança.

[...] fazemos muito pouco ainda, deveríamos acrescentar e intensificar mais essas ações para dar um suporte maior lá fora, para se sentir mais seguro, é claro tentamos passar para o paciente que a sociedade traz um estigma que o paciente traz com ele, não é uma coisa que vai mudar do dia para o outro, é uma conquista, é uma conquista que depende do

esforço dele, a gente busca emancipa ele das dificuldades lá fora, mas às vezes ele mesmo tem preconceito dele mesmo ele tem resistência nas mudanças. [...]. (Entrevistado 7).

[...] em alguns casos existe a reabilitação em casos mais “leves”. (Entrevistado 6).

[...] eu tentei não usando necessariamente a rede, eu usei dois casos pontuais, eu sai para fazer AT com paciente para o paciente usar o transporte público. (Entrevistado 2).

De acordo com Nascimento e Galvanese (2009, p. 14), a dificuldade de comunicação entre os equipamentos psicossociais e equipamentos de saúde é uma fragilidade que dificulta a reabilitação e até mesmo o processo de alta, uma das preocupações que tem gerado em vários profissionais do CAPS de São Paulo, é quando um paciente portador de transtorno mental é encaminhado para os demais equipamentos da rede de saúde, nota-se a falta de experiência dos técnicos com formação na área de saúde mental, dificultando a adesão ou o acompanhamento em outros serviços fora do CAPS.

“O bom serviço é, portanto, um serviço com alta integração interna e externa, ou seja, um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos”. (SARACENO, 1999, p. 96).

Observamos através dos relatos dos profissionais da rede de saúde mental do município de Votuporanga, a insegurança de proporcionar atividades externas, fora do CAPS, dificultando o processo de sociabilização dos portadores de transtornos mentais e também caracterizando ainda mais para a sociedade uma visão contra a reforma Psiquiátrica, que tem como princípio a desinstitucionalização. Com o nascimento dos CAPS também nascem novos aspectos de cronicidades nos usuários, pois são postos como passivos frente ao desafio de produção de outra subjetivação, por vários contextos, condições de precariedade da própria família e do contexto sociopolítico, olhares de discriminação que são lançados e taxados como pacientes Psiquiátricos, fechando as portas para o mercado de trabalho e acompanhando o modelo formal exigido pelo mercado capitalista. (DIMENSTEINS, 2006, p. 72).

Segundo Amorim e Dimenstein (2009) desinstitucionalização é entendida como desconstrução de saberes, entender sobre o processo de desinstitucionalização é ir além da noção de extinção dos hospitais psiquiátricos. É analisar e compreender que todos os indivíduos têm deveres e direitos perante a sociedade em que vivemos. Portanto é propor uma nova concepção de psiquiatria na sociedade, humanizando esse processo, tratando esses seres

com igualdade, respeito, promovendo saúde e cidadania a essas pessoas com transtornos mentais.

e) Participação dos familiares dos portadores de transtorno mental no tratamento:

Podemos observar através do relato dos profissionais que os familiares não se empenham de forma participativa no tratamento dos atendidos pela rede de saúde mental, dificultando a atuação e até mesmo o processo de mudança de comportamento desse portador de transtorno mental grave.

[...] não conseguimos ter acesso à família, entram várias questões políticas também, tenho poucas horas para fazer visita, nessa visita uma vez por mês nunca tem um familiar nessa casa, o telefone que tem disponível que o paciente passou para gente é de uma cunhada que não conversa e que não passa recado. [...]. (Entrevistado 2).

[...]. Não tenho acesso à família, a família não tem buscado e não tem interesse [...]. (Entrevistado 5).

[...] não são participativos e quando vão não estou lá, hoje para mim é algo que deprimi, vamos tentando de um lado e de outro. [...]. (Entrevistado 1).

“É essencial manter uma relação com as famílias, com a finalidade de como envolvê-las na experiência de vida autônoma do usuário”. (FALLON et al., 1982 *apud* SARACENO, 1999, p. 122).

A intervenção com os familiares dos portadores de transtornos mentais graves exercita o alívio aos familiares e cuidadores de pacientes psicóticos, a complexidade do manejo desses pacientes pode gerar sofrimento e adoecimento.

O serviço de saúde mental do município de Votuporanga tem reuniões constantes com as famílias, porém, o grau de aderência dos familiares é muito pequeno diante das necessidades encontradas pelos profissionais em fornecer conhecimento e capacita-los para lidar com conflitos em suas residências e podendo intervir através dos recursos não Hospitalares, a relação de comunicação entre a família e o tratamento é de extrema importância para dar continuidade no processo de reabilitação desse indivíduo em sua comunidade, a

reabilitação não se está atrelada somente aos serviços de reabilitação mais sim ao seu contexto familiar.

Segundo Saraceno (1999), a visão e noção de saúde mental comunitária incluem diversos atores e serviços, serviços psiquiátricos, rede de atenção básica, agentes comunitários, instituições civis, associações de familiares e familiares, associações de usuários do serviço, e convívio social, essa nova abordagem rompe com as tradicionais abordagens biomédicas, trazendo um novo conceito entre lugares e doença, a descentralização do indivíduo que usa os sistemas de saúde e a novas políticas que visa à humanização do sistema, trazendo qualidade aos serviços oferecidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste concluímos que, apesar das propostas realizadas através da Reforma Psiquiátrica no Brasil no final de 1970, que tinha como finalidade a desinstitucionalização, ou seja, a inserção do indivíduo considerado louco na sociedade. O que seria mais do que uma luta contra a violência, constituiria com ela uma rede de saúde mental, aonde pessoas com transtornos mentais graves decorrentes ou com sofrimento seriam atendidas com humanização. Porém para que isso ocorra de fato inúmeras mudanças propostas nesta rede de saúde mental são necessárias.

Os relatos dos funcionários da rede de saúde mental do município de Votuporanga confirmam e correlacionam com as informações de pesquisas acadêmicas anteriores, afirmando assim que o âmbito da saúde mental no Brasil está ainda em um processo de construção, desenvolvendo novos métodos de tratamento que ainda se faz muito recente para os trabalhadores da rede, inúmeras conquistas foram alcançadas através da reforma Psiquiátrica, porém ainda existe uma lacuna entre os órgãos da rede Psicossocial.

Mesmo com a reforma Psiquiátrica, ainda os serviços de reabilitação no caso os CAPS, confirmam a dificuldade de alcançar os objetivos propostos pelo serviço no âmbito social, ainda o portador de transtorno mental é visto e taxado de maneira inadequada, o serviço de saúde CAPS enfrenta dificuldades de enfrentamento em outros órgãos que não compreende a funcionalidade do trabalho em rede, acreditando que o portador de transtornos mentais tem que ficar isolado, fora do convívio social, desta forma a acessibilidade para outras atividades externas fora dos portões dos CAPS é algo ainda sonhado ou que ainda deve ser conquistado.

Os profissionais ainda apresentam uma visão pautada no modelo biomédico, o trabalho multidisciplinar ainda tem muitas influências dos antigos modelos propostos antes da reforma Psiquiátrica, a internação do portador de transtorno mental ainda é muito utilizada, pois o conceito de cura está ligado ao afastamento social, os profissionais da rede apresentam dificuldades para trabalhar de maneira efetiva com os familiares ou cuidadores, a não adesão

ao tratamento CAPS é muito comum, os familiares não se apropriam de suas responsabilidades como agente facilitador no processo de melhora que necessita de cuidados no âmbito externo residencial.

E para isso aconteça é indispensável que ocorra mudanças desde o âmbito acadêmico, aonde esses futuros profissionais trabalharam na Rede de Saúde Mental estão se capacitando, pois através dos dados obtidos percebemos que muitos entrevistados, discorreram que não tiveram em sua formação nenhum tipo de contato com o trabalho em Rede, e muito menos sobre a importância do mesmo na sociedade. De tal modo, são necessárias disciplinas que discorram sobre saúde mental, a importância da comunicação, da multidisciplinariedade, para que assim tenhamos profissionais capacitados e dispostos a desenvolver um trabalho eficiente e que, principalmente, soubessem a importância que seu trabalho desempenha na sociedade e na família daquele indivíduo tachado como louco.

Assim notamos que a Saúde Mental ainda esta se desenvolvendo, existe muitas fragilidades neste quesito no Município de Votuporanga, falta desenvolvimento, interações e comunicação quando falamos trabalho em rede de saúde mental. Pois esse serviço publico em questão não se comunica de maneira adequada com os outros profissionais o que realmente prejudica o paciente e os familiares em questão, pois estes não sabem o que fazer e aonde procurar a assistência, portando é indispensável uma qualificação adequada, para que ocorra uma interação entre todos os setores em que a rede de saúde mental atua, beneficiando todos que necessitam deste serviço de saúde.

Concluindo tornasse necessárias também mudanças nas políticas públicas em geral, pois para que essas propostas se tornem concretizas é imprescindível o apoio do governo, para que assim esses órgãos tenham verbas suficientes para desenvolver projetos, promover a prevenção, promoção e reabilitação da saúde em si. E também para terem verbas suficientes para comprar materiais tornando assim, todos os procedimentos mais dinâmicos e humanizados. Reestruturando, desinstitucionalizando e inserindo assim esse indivíduo na sociedade promovendo cidadania e igualdade para todos.

REFERÊNCIAS

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2015.

AMARANTES, P. **Loucos pela vida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 195-204, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Raps, rede de atenção psicossocial**. Brasília. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Raps, Rede de atenção psicossocial**. Brasília. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de atenção psicossocial. **Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, v.5, n.8, p. 107-124, 2007.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barcelona, v.4, n.6, p. 69-82, 2006.

GARCIA, M. L. T. **Entre tramas, redes e ato**: A política de saúde mental brasileira e o caso do Espírito Santo. São Paulo: Annablume, 2011.

GAZIGNATO E.; SILVA C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.296-304, abr./jun., 2014.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.9, n.2, p. 48-55, 2001.

GRUTZMANN, A. A comunicação na empresa: Vantagens geradas pela utilização do Correio Eletrônico. **Revista de Ciências da Administração**, 2000. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/fs000434.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.

KANTORSK, L. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v.1, n.1, p.4-13, jan-mar., 2011.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, São Paulo. **Rev Saúde Pública**, Supl.1, p. 8-15, abr. 2009.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: Limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciência e Cognição**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, 2006.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SCHNEIDER, A. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre atenção primária e os serviços de saúde mental, **Revista Ciência & Saúde**. Porto Alegre, v.2, n.2, p.78-84, jul./dez., 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOTUPORANGA. Rede de Saúde Mental. **Plano de Ação Rede Psicossocial - RAPS**. Votuporanga-SP. Jul. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOTUPORANGA. Rede de saúde Mental. **Projeto Terapêutico CAPS-AD “Sabina Antonio de Oliveira”**. Votuporanga-SP. Jan. 2014. p. 1-26.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOTUPORANGA. Rede de Saúde Mental. **Projeto CAPSII “Leodoro Santana”**. Votuporanga-SP. 2011, p. 1-36.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à Saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil), **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 n.6, p. 2753-2762, 2011.

TAVARES, S. O. et al. Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade. **5º Interfaces no fazer Psicológico**. 8 a 11 de maio de 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3062.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2015.

TRINO, A. T; FRANCO, C. M; MACHADO, M. P. M. (Org.). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, Brasília. 2013.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2000.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.6, n.1, p. 1-16, 2010.

VASCONCELOS, V. C. Trabalhos Interdisciplinar em um CAPS. **SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, 2010.

VILAÇA, E. M. As redes de atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n 5, p. 2297-2305, 2010.

APÊNDICE

Apêndice A - Projeto de Pesquisa**A OPINIÃO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE MENTAL SOBRE
O TRABALHO EM REDE DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA/SP**

Pesquisador: Tiago Moreno Lopes Roberto e Yonara Viana

Profissional da Rede de Saúde Mental: _____

Profissão: _____

Idade: _____

Quanto tempo de atuação na Rede de Saúde Mental do Município de Votuporanga: _____

1) Durante a graduação você teve alguma matéria que falava sobre o trabalho em rede dentro do âmbito da saúde pública?

2) Antes iniciar sua atuação em rede de saúde mental, você já havia vivenciado ou trabalhado em rede de saúde? Caso afirmativo por quanto tempo e qual local.

3) Quais as fragilidades que você quanto profissional da rede de saúde mental vivência na atuação em rede atualmente no município de Votuporanga?

4) A Rede de Saúde Mental do município de Votuporanga tem pontos positivos na sua funcionalidade e comunicação entre os demais órgãos?

() Sim () Não Justifique seu posicionamento.

5) Dentro do serviço onde você atua (CAPS II ou CAPS-AD), existe a comunicação e acessibilidade entre os profissionais da equipe para atuação e solução de casos específicos de pacientes?

6) Existe comunicação entre os dois órgãos da Rede de Saúde Mental de Votuporanga para solucionar casos específicos, no caso CAPS II E CAPS-AD.

() Sim () Não. Justifique seu posicionamento.

7) Em sua opinião quanto profissional da Rede de Saúde Mental, qual a importância da comunicação entre os profissionais da rede para o processo de reabilitação psicossocial do paciente?

8) Pensando na constituição da Rede de Saúde Mental, e na criação dos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo a Política de desinstitucionalização e promoção da reabilitação “Psicossocial”. Para que a reabilitação psicossocial exista de fato, visa-se a necessidade de intervenções externas em outros órgãos da rede do município, Exemplo: Rede de Assistência Social, Rede de Educação, Rede de Cultura e Turismo entre outras.

Você quanto profissional da rede de saúde mental do município de Votuporanga tem atuado com medidas e intervenções para a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica e pela Política da Rede Psicossocial da saúde mental?

() Sim

Justifique seu posicionamento e quais intervenções tem realizado no município de Votuporanga-SP nos anos de sua atuação quanto profissional da rede de Saúde Mental

() Não

Justifique

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

A OPINIÃO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE MENTAL SOBRE O TRABALHO EM REDE NO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA/SP

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa cujo assunto refere-se sobre A Opinião de uma equipe multidisciplinar em saúde mental sobre o trabalho em rede no município de Votuporanga-SP, realizada em nas redes de saúde mental Caps II Caps-AD. O objetivo da pesquisa é ouvir opiniões de diversos profissionais de uma equipe multidisciplinar em saúde mental sobre a realidade do funcionamento e atuação em rede dentro do Município de Votuporanga/SP.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma irão participar profissionais de equipes multidisciplinares atuantes em rede de saúde mental, sendo assim iremos realizar uma entrevista semiestruturada com cada profissional, com questões referentes à sua atuação profissional, fragilidades e funcionamento. Serão utilizadas folhas de registro e um celular para efetuar as gravações, as entrevistas serão realizadas dentro das Unidades de saúde mental do município de Votuporanga/SP.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

(Serão utilizadas folhas de registro e o gravador do celular para melhor coletarmos os dados, de maneira segura e fidedigna, para que assim tenhamos os dados em mãos para melhor transcrever as informações relevantes da pesquisa).

Os benefícios esperados são (Coletar dados que demonstram as fragilidades, resistências e também as qualidades dos serviços de saúde mental no município de Votuporanga).

Informamos que o (a) senhor (a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Tiago Moreno Lopes Roberto (17) 997571796 ou Yonara Fernanda da Cunha Viana (17) 996394792, por email, yonara_viana@hotmail.com. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Votuporanga, _____ de _____ de 2015.

Pesquisador Responsável

RG: _____

Eu _____,
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: ____/____/____

Anexo B

REDE DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA

Atualmente a Rede de Saúde Mental do Município de Votuporanga é composta por dois serviços, sendo CAPS II e CAPS AD. O CAPS II “Leodoro Santana” se localiza na Avenida da Saudade n. 2614, bairro Vila Nova e o CAPS AD “Sabina Antonio de Oliveira” na Rua Javari n. 3587, bairro Jardim Marim Votuporanga.

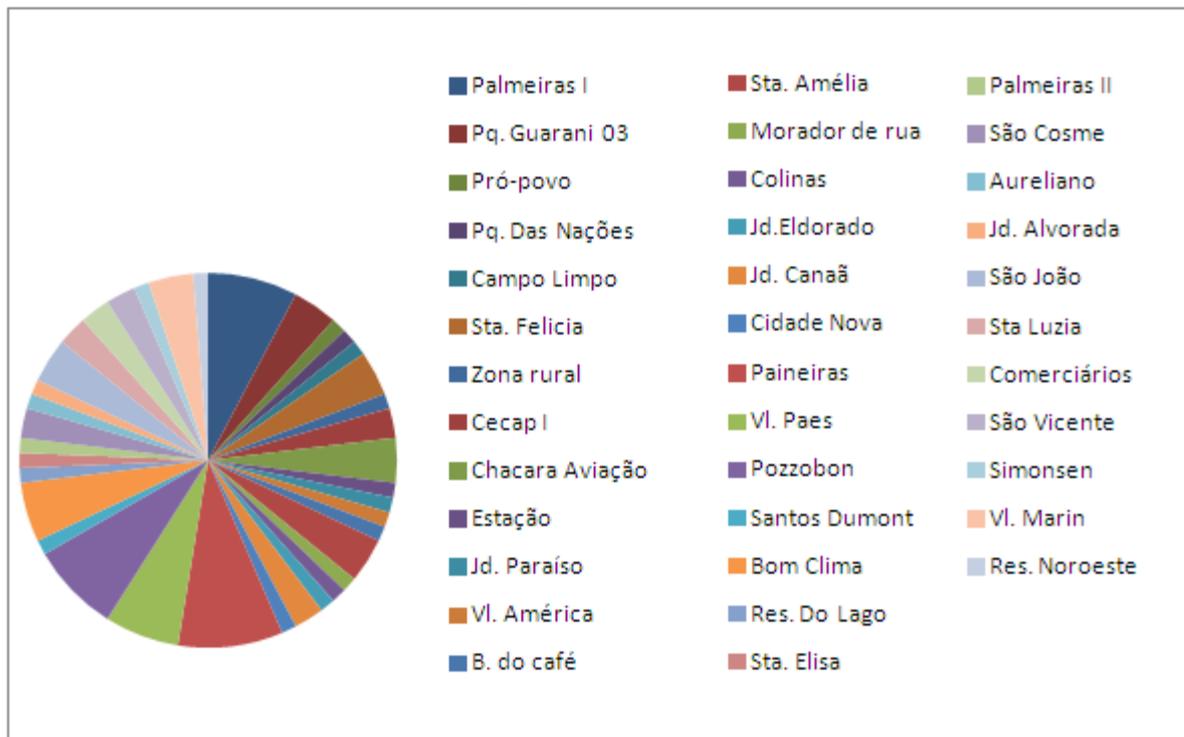
Votuporanga está localizada na região noroeste do Estado de São Paulo, distante cerca de 520 km da capital do estado, São Paulo. Possui uma área de 424,1 km². Sua população em 2010, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE é de 84.692 habitantes, destes, poderão ser atendidos no CAPS II, os residentes acima de 18 anos, que sofrem de transtorno mental grave, severo e ou persistente. O município de Votuporanga possui aproximadamente 168 bairros (SECRETARIA DE SAÚDE DE VOTUPORANGA, 2011, p. 34-35).

O serviço do CAPS II abrange todos estes bairros incluindo o distrito de Simonsen.

Tabela 1 - Recursos Humanos do Centro de Atenção Psicossocial “Leodoro Santana”

Quantidade	Cargo	Horas/Semanais	Contratação
01	Gerente administrativo	40hs	OSS
01	Assistente administrativo	40hs	OSS
01	Técnico de enfermagem	40hs	OSS
02	Assistente social	30hs	OSS
02	Médico psiquiatra	20hs	OSS
01	Artesã	20hs	OSS
02	Auxiliar de limpeza	40hs	OSS
02	Psicólogo	20hs	Prefeitura/OSS
01	Terapeuta ocupacional	20hs	Prefeitura
01	Enfermeira	40hs	Prefeitura
02	Auxiliar de enfermagem	40hs	Prefeitura
01	Serviços gerais	40hs	OSS
01	Professor de dança	02hs	Terceirizado

Fonte: CAPS II “Leodoro Santana”, 2015

Gráfico 1 - Distribuição do número de usuários por bairros atendidos

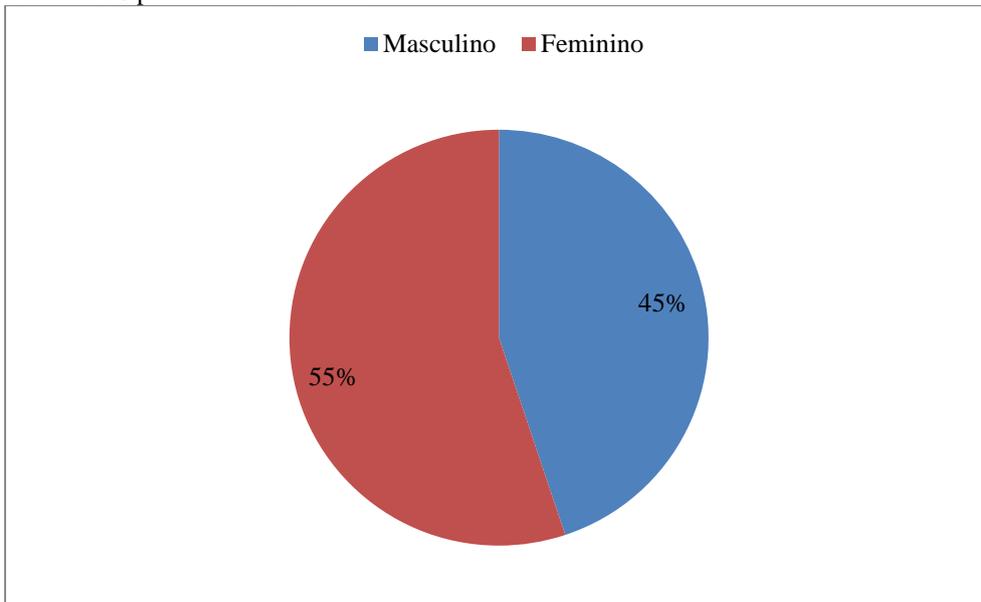
Fonte: CAPS II “Leodoro Santana”, 2015.

De acordo com os registros da unidade, atualmente se atende cerca de 78 usuários distribuídos em 37 bairros, isto é, cerca de 22% do total de bairros do município, sendo que o maior número de usuários atendidos pela unidade do CAPS II está localizado no bairro Paineiras, conforme Gráfico 1 (SECRETARIA DE SAÚDE DE VOTUPORANGA, 2011, p. 35).

Conforme o Gráfico 2 quanto à distribuição do número e porcentagem de acordo com sexo dos usuários atendidos no CAPS II, observa-se que o número e porcentagem de mulheres (55% - 43 usuárias) é maior que o número e porcentagem de homens (45% - 35 usuários) atendidos na unidade (SECRETARIA DE SAÚDE DE VOTUPORANGA, 2011, p. 18).

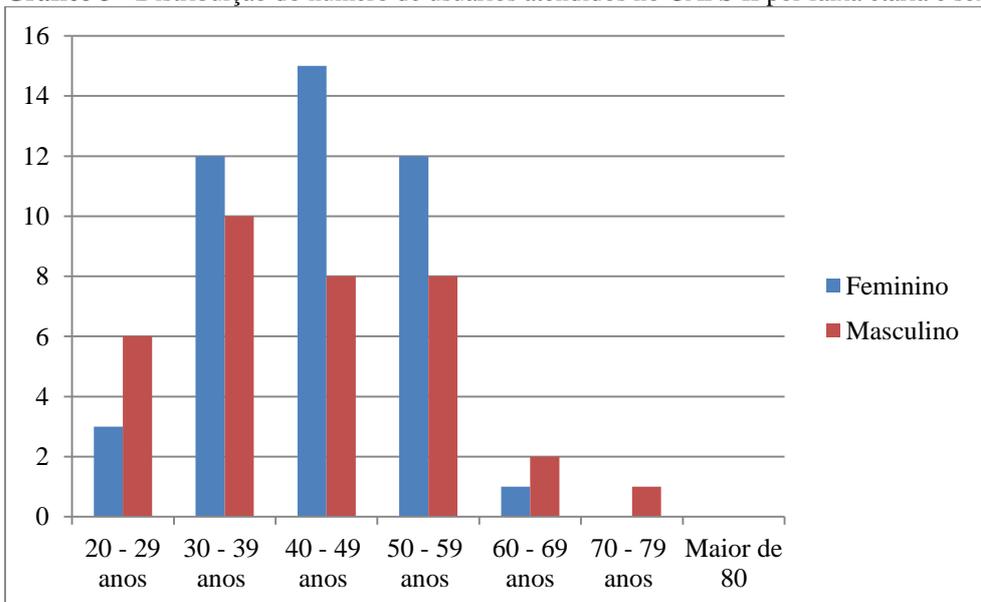
Segue abaixo o resultado do levantamento epidemiológico realizado na unidade do CAPS II - Votuporanga.

Gráfico 2 - Distribuição do número e porcentagem de acordo com sexo dos usuários atendido no CAPS II, com base nos 78 prontuários avaliados.



Fonte: CAPSII “Leodoro Santana”

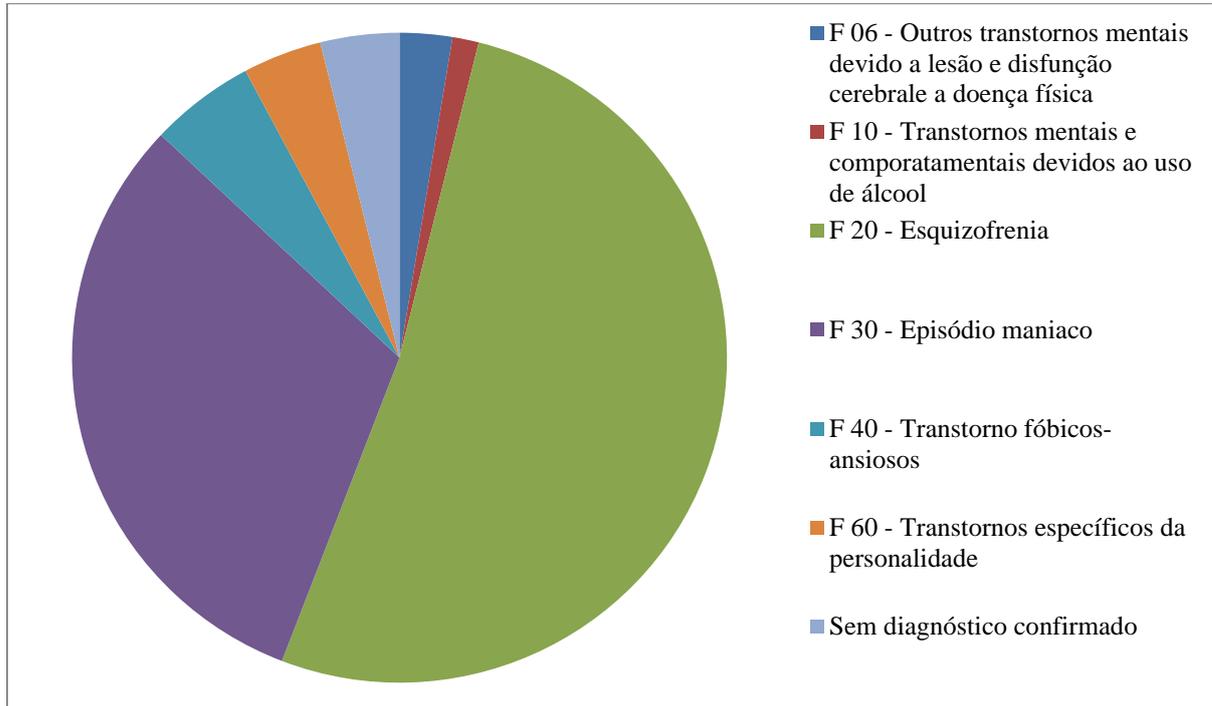
Gráfico 3 - Distribuição do número de usuários atendidos no CAPS II por faixa etária e sexo.



Fonte: CAPSII “Leodoro Santana”, 2015.

De acordo com o gráfico 3, observa-se que os maiores números de usuário com transtornos mentais acometem as mulheres na faixa etária de 40 a 49. E nos homens a faixa etária é de 30 a 39 anos.

Gráfico 4 - Distribuição do número de acordo com o CID-10 referente aos transtornos mentais e comportamentais F 00 - F 99.



Fonte: CAPSII “Leodoro Santana”, 2015.

Conforme dados da instituição CAPS II, o gráfico 4 nota-se que, dos 78 prontuários avaliados, a maioria dos usuários atendidos na unidade apresentam o diagnóstico F20 (40 casos) e com os demais diagnósticos apresentam o seguinte resultado: F06 (2 casos), F10 (1 caso), F30 (24 casos), F40 (04 casos), F60 (3 casos) e 3 casos com diagnóstico não confirmado (SECRETARIA DE SAÚDE DE VOTUPORANGA, 2011, p. 27).

O CAPS II desenvolve atividades de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecidas no CAPS II, onde as atividades são realizadas em grupo, na presença e orientação de um profissional. As oficinas ganham lugar de destaque tanto no papel terapêutico quanto na reinserção social; pois, suas ações envolvem o desenvolvimento de habilidades, o exercício coletivo da cidadania, a manifestação de sentimentos e a realização de atividades produtivas.

Na unidade do CAPS II em Votuporanga é disponibilizado aos pacientes / usuários as seguintes oficinas e grupos:

- **Grupo de acolhida:** tem como objetivo ouvir o paciente/usuário sobre como passou o fim de semana, no convívio familiar e/ou social. Através de sua fala e comportamento é identificado seu sofrimento sendo direcionado ao profissional da área.

- **Oficina de fisioterapia:** utiliza de técnicas que visam o bem-estar físico, auxiliando no equilíbrio psíquico, haja vista que na saúde humana não há como dissociar corpo e mente.
- **Oficina sentimentos:** reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente, reforçar a autoestima, redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.
- **Oficina AVD (Atividade de vida diária):** Promover a manutenção dos hábitos de higiene e cuidados pessoais, melhorando a qualidade de vida e autoestima.
- **Grupo de terapia ocupacional:** Promover a expressão de sentimentos, pensamentos e expectativas do paciente/usuário através de atividades lúdicas, pintura, escultura, estruturadas e não estruturadas.
- **Grupo de reinserção social:** Ressaltar nos pacientes/usuários a habilidade de encontrar subsídios para reinserção social junto à família e a comunidade.
- **Oficina de desenvolvimento profissional:** Esta atividade proporciona orientação profissional e se possível uma profissionalização por meio de atividades que estimulem a confecção de produtos (artesanato, tela, costura, entre outros), de acordo com habilidade de cada indivíduo.
- **Oficina de manutenção:** estimular a higiene pessoal e do ambiente através de orientações, de organização e limpeza do espaço que eles frequentam.
- **Oficina de artesanato direcionado:** Através de atividades estruturadas, esta oficina tem por objetivo proporcionar ao paciente uma vivência direcionada à organização de seus pensamentos, bem como de toda sua estrutura psíquica mediante o processo terapêutico.
- **Oficina de dança:** Melhorar os aspectos físicos, psicológicos e sociais por meio de dança e através de vídeos como uma forma ilustrativa/lúdica dos ritmos de dança.
- **Oficina de habilitação social:** Inserir as pessoas com transtorno mental nas tarefas comuns da sociedade e expor a sociedade ao convívio com eles, numa convivência pacífica com a diversidade das manifestações humanas. Não há trabalho de resgate e sim de construção tanto de uma nova compreensão de si mesmo como da sociabilidade.
- **Oficina de artesanato livre:** Desenvolver a capacidade e potencial artístico. Trabalhando a habilidade, concentração e coordenação motora dos usuários (Tintas para tecido, linha para crochê, barbante, papel Paraná, EVA (Espuma Vinílica Acetinada), massa para biscuit, garrafa pet, cola quente, tinta PVA (Polimerização do Acetato de Vinila),

papel para decupagem, pincel, tecido para vagonite, caixas MDF (*Medium-Density Fiberboard*), guardanapo de tecido).

- **Oficina de arte terapia:** Tem, por intuito, despertar dificuldades e resistências, tanto emocionais quanto psíquicas e trabalhá-las no aqui agora, ou seja, no exato momento em que ocorrem. Dessa forma, através de atividades manuais (pintura, crochê, tear etc.), procurar abordar os conteúdos trazidos pelos usuários. Cada atividade é desenvolvida do início ao fim, somente depois, será dado início a uma nova atividade.

- **Grupo de terapia comunitária:** A terapia comunitária é um espaço de acolhimento para as pessoas e favorecem a troca de experiência entre elas, todos têm oportunidade de reconhecer os saberes adquiridos com a experiência de vida e a colaborar com seu bem-estar, autoconhecimento, autoestima e também dos demais participantes do grupo. Reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo para que estes possam descobrir seus valores, suas potencialidades e torna-se mais autônomo e menos dependente. Reforça a autoestima individual e coletiva.

- **Oficina de música:** Resgatar os valores culturais dos usuários / pacientes através de músicas sugeridas por eles, trabalhando a memória.

- **Grupo de percussão corporal:** estimula a coordenação motora, memória, circulação sanguínea e bem-estar físico através dos movimentos corporais.

- **Oficina de atividades lúdicas:** promove o desenvolvimento da imaginação, estimula a criatividade e o relaxamento do indivíduo.

Tabela 2 - Distribuição do número de atendimentos ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2011 no CAPS II Votuporanga

INDICADORES - 2011			
ATIVIDADE	1º SEMESTRE/2011	2º SEMESTRE/2011	TOTAL
Consulta médica	211	249	460
Acolhimento	47	89	136
Visita domiciliar	29	31	60

Fonte: CAPSII “Leodoro Santana”, 2015.

Os dados referentes ao ano de 2011 quanto à consulta médica, acolhimento e visita não são fidedignos devido à inconsistência de dados.

Os agendamentos na unidade são realizados através de encaminhamentos (assistência social, rede de saúde, ordem jurídica e demanda espontânea).

O agendamento é realizado a partir do acolhimento que é quando a pessoa chega, ela deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Após realização do acolhimento e discussão do caso em equipe é realizado agendamento para consulta médica, atendimento psicológico e social para aqueles pacientes que iniciarão ou darão continuidade ao seu tratamento no CAPS II. Este agendamento é realizado de acordo com a disponibilidade de horário. Quando alguma unidade, de saúde ou não, como o Programa de Saúde Mental de Votuporanga, Consultório Municipal, CRAS - Centro de referência de Assistência Social e CREAS - Centro de referência e especialidade de Assistência Social, percebem a necessidade de uma avaliação psiquiátrica para alguns dos seus pacientes/usuários, podem encaminhá-los tanto por via escrita (guia de referência e contra referência, entre outros formulários) quanto por contato telefônico com a unidade e, assim, agendar o acolhimento.

Esses encaminhamentos podem ser realizados por unidades que não pertencem ao território, como no caso de hospitais psiquiátricos, desde que o paciente seja residente do município, pois o CAPS II é um serviço de saúde local, que atende apenas a população de seu território (Votuporanga e Simonsen) (SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA, 2011, p. 5-32).

O CAPS-AD de Votuporanga também tem como início do tratamento o acolhimento, onde é realizada entrevista com o paciente, perguntando o motivo de sua procura, o tempo de uso da substância psicoativa, quais os tipos que usava e em que quantidade, se veio por livre e espontânea vontade ou há estressores importantes envolvidos (familiares, trabalho), se já fez tratamentos anteriores e por que acha que seus tratamentos não funcionaram, inclusive investigar se já teve internações pregressas. Neste momento é analisada e estabelecida a fase de motivação que o paciente se encontra: Pré-contemplativa; Contemplativa; Preparação para ação ou Ação (SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA, 2014, p. 11-12).

Diante da avaliação pela equipe o paciente terá atendimento no CAPS-AD, passa por um ano de acompanhamento, sendo:

a) Primeiro mês

As primeiras semanas de tratamento são focadas na adesão do paciente.

O paciente deverá comparecer no mínimo 2 vezes da semana ao serviço para atendimento em grupo de acolhimento onde serão abordados temas iniciais das dependências

químicas. Os profissionais responsáveis pelos grupos deverão desenvolver temas como prejuízos decorrentes do uso, síndrome de abstinência, discrepância entre o idealizado e o real, etc.

Existem três horários na semana para os grupos de acolhimento, podendo o paciente escolher aquele em que melhor se encaixa:

- Segunda-feira das 8h30min às 9h30min
- Quinta-feira das 10h30min às 11h30min
- Sexta-feira das 15h30min às 16h30min

Além dos grupos, o paciente deverá passar por pelo menos uma consulta médica, onde será avaliado o diagnóstico preciso e estabelecida uma conduta terapêutica adequada.

Existe o fornecimento de medicações específicas para o tratamento da dependência química como: naltrexona, topiramato, etc.

Neste momento a família é orientada a comparecer aos grupos específicos, onde serão discutidos angústias e comportamentos juntamente com outros familiares. Existem dois grupos de família:

- Quarta-feira das 14h30 às 15h30 (para familiares de adolescentes)
- Quintas-feiras das 10h00 às 11h00 (para familiares de adultos)

Além dos grupos, os familiares são estimulados a comparecerem nas consultas médicas.

Casos onde a equipe considere necessária serão realizados visita domiciliar.

b) Segundo ao sexto mês

Após o término do primeiro mês, um profissional não médico ficará responsável pelo planejamento terapêutico do paciente. Conjuntamente, eles farão uma agenda semanal de atividades. Será ofertada ao paciente uma série de grupos, com diferentes temáticas, como segue:

- Grupo terapêutico
- Terapia Ocupacional
- Grupo de reabilitação Cognitiva
- Grupo específico para dependentes de drogas
- Grupo específico para dependentes de álcool
- Oficina de reciclagem
- Oficina de artes

- Grupo de estratégia para o final de semana

Quadro 1 - Grade de atividades do CAPS-AD

Período da Manhã				
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
08h:00min	08h:00min	08h:00min	08h:00min	08h: 00min
Café	Café	Café	Café	Café
09h: 00min	09h: 00min	09h: 00min	09h: 00min	09h: 00min
Grupo Atividade Física	Grupo Terapêutico	Reunião de Equipe	Grupo de Família	Oficina Artesanato
10h: 30min	10h: 30min	10h: 30min	10h: 30min	10h: 30min
Grupo de Acolhida	Oficina Artesanato	Reunião de Equipe	Grupo Cuidado em Saúde	Grupo Psicoeducativo
11h: 30min	11h: 30min	11h: 30min	11h: 30min	11h: 30min
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Período da Tarde				
13h: 30min	13h: 30min	13h: 30min	13h: 30min	13h: 30min
Grupo de Dança	Oficina Artesanato	Grupo Habilidades Sociais	Oficina Artesanato	Grupo Atividade Física
15h: 00min	15h: 00min	15h: 00min	15h: 00min	15h: 00min
Grupo Terapêutico	Grupo Psicoeducativo	Grupo de TO	Grupo de Dança	Grupo Final de Semana

Fonte: CAPS-AD “Sabina Antonio de Oliveira”, 2015.

O paciente deverá comparecer ao serviço pelo menos três vezes por semana, sendo estimulado a vir o maior número de vezes possíveis.

As consultas médicas continuarão a ser feitas regularmente, mesmo que não haja prescrição medicamentosa.

c) Sétimo ao décimo primeiro mês

Nesta fase, que é denominado de ‘segunda fase’, a proposta terapêutica se volta para a reinserção social. Serão feitos grupos terapêuticos em que tarefas serão estipuladas de comum acordo. As experiências e dificuldades serão abordadas e partilhadas entre os pacientes. Neste momento, é importante contar com a rede integrada de assistência social do município, com cursos profissionalizantes, realizados no Fundo Sociais do município, além de inserção em programas de geração de renda.

A grade horária desta nova fase é:

- Segunda-feira das 10h30min às 11h30min

- Terça-feira das 15h30min às 16h30min
- Quinta-feira das 9h30min às 10h30min.

Podendo o paciente escolher aquele em que melhor se encaixa.

d) Décimo segundo mês

Nesta etapa, o paciente será preparado para a alta, em um grupo específico denominado ‘prevenção de recaídas’.

Se houver comorbidade psiquiátrica em uso de medicação, o paciente será encaminhado ao Ambulatório de Saúde Mental para continuidade do tratamento da comorbidade. Este grupo ficará aberto ao paciente indefinidamente, para apoio e suporte de manutenção.

Quadro 2 - Equipe fixa do CAPS-AD de Votuporanga

Categoria Profissional	Número de colaboradores
Artesão	1
Assistente Administrativo	1
Assistente Social	2
Auxiliar de limpeza	1
Coordenador	1
Enfermeira	1
Médico Psiquiatra	1
Psicóloga	3
Recepcionista	1
Técnica de Enfermagem	1
Terapeuta Ocupacional	1

Fonte: CAPS-AD “Sabina Antonio de Oliveira”, 2015.

Além dos atendimentos necessários a equipe se reúne semanalmente às quartas-feiras para discussão dos casos e elaboração mais detalhada dos tratamentos dos pacientes / Plano Terapêutico Individual - PTI.

A atenção dada aos pacientes será enfocada no atendimento médico e participação nos grupos.

Normas da equipe CAPS-AD:

- Ética
- Pontualidade

- Frequência
- Criatividade
- Técnica

A participação da reunião de equipe das quartas-feiras é estimulada para o bom desenvolvimento do projeto.

Cada membro será referência de um determinado número de pacientes em tratamento ativo (deverá saber em que fase está no tratamento, se teve recaídas, status familiar e andamento do tratamento em geral).

A tabela 3 mostra o quantitativo de Unidades de Saúde do município. As Unidades Básicas são mistas: Estratégia Saúde da Família - ESF e Tradicional. Realizam programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Programa de Saúde do Adulto, Criança e Adolescente e da Mulher. A proporção da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família é de aproximadamente 51,64%, com 17 equipes. O objetivo é chegar em 2014 com uma cobertura da ESF estimada em 70%. Para tanto, serão transformadas unidades tradicionais em Estratégia da Saúde da Família (SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA, 2014, p. 10-11).

Tabela 3 - Número de Unidades de Saúde/SUS

UNIDADES	QUANTIDADE
Ambulatório de Saúde Mental	01
CAPS II	01
Centro de Convivência do Idoso	01
Centro de Especialidades Odontológicas CEO	01
SAE	01
Policlínica	01
Hospital Geral	01
UPA	01
SAMU	01
Pronto Atendimento	01
Consultório Municipal/ESF	09
Consultório Municipal/UBS	04
AME	01
Equipes de NASF	02

CAPS AD	01
Total de Unidades	27

Fonte: Relatório de Gestão de 2009.

Através desses dados pode-se observar melhor como o trabalho em rede é complexo e importante para a Saúde Pública no município de Votuporanga, através dos dois órgãos da Saúde Mental do Município, no caso CAPSII E CAPS-AD.

Para esta pesquisa foram entrevistados oito profissionais que atuam e vivenciam essa experiência da reabilitação psicossocial no contexto multidisciplinar, no CAPS II E CAPS-AD, buscando mensurar formas e reflexões sobre o funcionamento dessa equipe diante de suas práticas e técnicas por meio da atuação em Rede de Saúde.