

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA**

**Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde
Modalidade Profissional**

NATÁLIA CYRILLO WAGNER

**DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE
CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPS
EM SANTOS**

**Santos
2017**

Natália Cyrillo Wagner

**DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE
CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPS
EM SANTOS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – *Campus* Baixada Santista, pela linha “Educação Permanente em Saúde” para obtenção do título de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador:

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

**Santos
2017**

W129d

Wagner, Natália Cyrillo, 1987-

Desenvolvimento do cuidado em saúde mental no contexto de consolidação da reforma psiquiátrica: a experiência de um CAPS em Santos. / Natália Cyrillo Wagner; Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker. – Santos, 2017.

110 f.

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde, 2017.

1. Saúde mental. 2. Reforma dos serviços de saúde. 3. Centros de Atenção Psicossocial. I. Kinker, Fernando Sfair, Orientador. II. Título.

CDD 610.7

Natália Cyrillo Wagner

DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE
CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPS
EM SANTOS

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – *Campus Baixada
Santista*, para obtenção do título de
Mestrado Profissional em Ensino em
Ciências da Saúde.

Defesa: Santos, 21/08/2017

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Fernanda de Silvio Nicácio
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Badaró Moreira
Universidade Federal de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Carla Bertuol
Universidade Federal de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Maria Fernanda Barboza (suplente)
Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker (orientador)

Agradecimentos

Aos meus pais, Jair e Rute, por sempre me incentivarem a estudar e adquirir conhecimento, por me ensinarem a ser uma pessoa dedicada e por se emocionarem comigo a cada etapa de vida conquistada.

Ao meu irmão e amigo Guilherme, pelo seu carinho e preocupação. Você tem o maior coração do mundo e a sua sensibilidade me lembra de sempre ter um olhar atento para as pessoas que me cercam. Conte comigo para te apoiar em tudo.

À minha amiga, Jéssica, pessoa mais corajosa e forte que eu já conheci. Obrigada por emprestar seus ouvidos e atenção, mesmo quando a vida dá tantas rasteiras. Eu acredito que a sua batalha um dia será compensada. Eu sempre estarei ao seu lado.

Ao Thiago, pelo entusiasmo, intensidade e companheirismo. Obrigada por enxergar tantas qualidades em mim e demonstrar sua confiança na minha capacidade. Sua presença e criatividade me inspiram todos os dias.

À Camila, Vivian e Ana, minhas amigas, pela sinceridade e reciprocidade. Vocês são pessoas que eu admiro, respeito e quero sempre por perto para compartilhar todas as coisas da vida.

À Thalita, pela cumplicidade e também pela compreensão. Agradeço sua confiança e bom humor, que deixam as coisas mais leves.

Ao meu amigo Eduardo, pois mesmo estando longe, sempre estive tão perto em todos os momentos.

Aos colegas e professores do Mestrado Profissional que proporcionaram ricas reflexões. Em especial, agradeço ao meu orientador Fernando, pela parceria, paciência e escuta compreensiva de todas as minhas dificuldades. Obrigada por todas as reflexões e ensinamentos.

Aos amigos do NAPS, companheiros da luta diária. Só nós sabemos do nosso esforço: Lourdes, Jaqueline, Regina, Andrea, Laura Eloiza, Audra, Laura Correa, Vlamir, Iara, Rafaela, Juliano, Beatriz, Sérgio, Elizama, Luzinete, Luciana, Vanessa, Flávia, Elizangela e todos os outros da equipe. É uma honra dividir tantas experiências importantes com vocês. Um agradecimento especial à Simone, profissional e amiga, pessoa em que tento me espelhar pela sua competência, generosidade e disposição. Obrigada por estar sempre comigo para tudo, seja nos estudos, no trabalho e na vida. Seu apoio é fundamental.

Aos queridos usuários que frequentam o CAPS CENTRO, que me dão muito carinho, reconhecimento e vontade de continuar a busca por mudanças. Suas histórias são o que me move.

Apresentação

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos, acredito que a formação na universidade pública consolidou valores de compromisso com a sociedade, priorizando o desejo de atuação profissional no setor público. A graduação instigou o interesse por questões voltadas à cidadania e inclusão social de pessoas que, de uma forma ou de outra, se encontram em lugares de exclusão.

Ingressei em 2011 no Aprimoramento de Terapia Ocupacional em Saúde Mental num grande hospital psiquiátrico de São Paulo, cuja estrutura baseia-se em enfermarias fechadas de acordo com patologias. A experiência dessa prática centrada no hospital e no profissional médico trouxe questionamentos sobre esse modelo assistencial, que se mostrava insuficiente, resultando em longas e recorrentes internações. Essa reflexão incentivou estudos sobre as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e serviços territoriais.

Iniciei a vida profissional em um dos equipamentos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, atuando por dois anos e meio em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) na zona leste de São Paulo. Era uma realidade distante, não apenas geográfica. O dia a dia de trabalho numa região caracterizada pela pobreza trazia rotineiramente novos desafios, só superados pelo comprometimento com as pessoas atendidas. A experiência do CAPS-AD certamente revolucionou minha formação, possibilitando vivências duras, cujo aprendizado foi essencial para minha atuação desde então.

Em 2014, ingressei no CAPS III Centro (conhecido como NAPS II) pela Prefeitura Municipal de Santos, unidade voltada ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico. O processo envolveu muitas expectativas referentes à estrutura e organização deste serviço, por ser uma das unidades pertencentes à primeira rede de saúde mental do país substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Foi um grande impacto inicial ao me deparar com uma prática cotidiana que acabou por demonstrar muitos desafios no que tange à própria proposta de existência do equipamento e das dificuldades do trabalho em equipe e em rede.

Isso, por certo, aguçou a necessidade de refletir sobre a minha prática e a da equipe do serviço, no sentido de produzir sentido e entender os caminhos possíveis para a atuação e transformação da realidade. Fazer um mestrado profissional neste momento possibilita entender melhor as questões encontradas no dia a dia. Ciente

dos desafios, percebo na educação o apoio e motivação necessários para a construção de práticas transformadoras.

Com base nas mudanças preconizadas pelo Movimento da Luta Antimanicomial é possível refletir sobre questões do cotidiano de trabalho em saúde mental, principalmente, organizadas pela compreensão, construção e utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar o cuidado.

Para tanto, inicio esta pesquisa apresentando o processo de Reforma Psiquiátrica no país e a criação de uma rede de atendimento psicossocial de base territorial, direcionada ao cuidado pelo desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) na cidade de Santos, enfatizando o histórico e cotidiano da unidade em que desenvolvo meu trabalho profissional atualmente.

Apresento os objetivos e a metodologia utilizada para coleta de dados que permitiram verificar como a equipe de trabalhadores de saúde mental desta unidade concebe, constrói e desenvolve essa diretriz para o cuidado que é o PTS.

A discussão foi dividida em grandes temas, abordando questões: i) dos trabalhadores e sua atuação em saúde mental e como as relações de equipe podem influenciar no seu processo de trabalho; ii) da relação dos trabalhadores e usuários na construção e desenvolvimento dos PTS, com suas dificuldades e potencialidades; iii) da relação da sociedade com os usuários da saúde mental e o processo de desinstitucionalização e iv) das reverberações da realização desse estudo para a pesquisadora, equipe e serviço.

Em seguida, considerando as reflexões desenvolvidas ao longo da discussão, aponto para a importância dos processos de formação dos trabalhadores de saúde, sem deixar de valorizar o conhecimento prévio desses profissionais, como estratégia de fortalecimento da prática, na tentativa de produzir transformações não só dentro dos serviços como em todos os contextos sociais onde se produz e se vive o sofrimento psíquico. Entende-se que a capacitação não resolve todos os problemas, mas pode instigar o aprendizado que se dá no cotidiano da prática, vinculado aos projetos criativos de intervenção.

Por último, apresento como produto técnico, uma proposta de ação direcionada aos trabalhadores da saúde mental, a fim de compor mais uma alternativa de educação permanente em saúde, na intenção de potencializar o processo de trabalho pelo cuidado integral, visando práticas emancipatórias e de produção de subjetividades a todos os envolvidos.

Resumo

No final da década de 80, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aconteceram as primeiras iniciativas de substituição dos manicômios no Brasil. A cidade de Santos foi pioneira no processo de criação da primeira rede de serviços territoriais de saúde mental. Neste sentido, dentro de um processo de mudança de paradigmas, esperava-se que o cotidiano de trabalho apresentasse dificuldades e potencialidades no desenvolvimento e implantação do modelo de atenção psicossocial. Acredita-se também que o caminho de reflexão da prática possibilite a implantação de ações de cuidado que contribuem para a superação dos desafios encontrados, permitindo a ampliação do exercício da cidadania, desenvolvimento da autonomia e melhora da qualidade de vida dos usuários atendidos, ao mesmo tempo em que possa encontrar maneiras mais eficazes de compartilhamento dessas experiências entre os profissionais e entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. O objetivo desta pesquisa foi investigar a percepção dos profissionais sobre sua prática, organizada pela compreensão, construção e utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar o cuidado. Por meio da abordagem qualitativa, realizou-se um estudo de caso em um Centro de Atenção Psicossocial. Buscou-se identificar nesse serviço, por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos profissionais da equipe, a promoção das mudanças preconizadas pelo Movimento da Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica. Assim, utilizou-se um recorte sobre um dos recursos de organização de estratégias utilizado pela equipe de atenção, que consiste no Projeto Terapêutico Singular, fruto deste processo de mobilização. O conjunto de dados produzidos foi explorado na perspectiva da Análise de Conteúdo Temática. Encontrou-se na experiência um processo dinâmico composto por múltiplas compreensões e diversas formas de lidar na prática com a questão dos Projetos Terapêuticos Singulares. Finalmente, verificou-se a importância dos esforços voltados à formação dos trabalhadores de saúde, sem deixar de valorizar o conhecimento prévio desses profissionais, como estratégia de fortalecimento da prática, na tentativa de produzir transformações não só dentro dos serviços, mas também em todos os contextos sociais onde se produz e se vive o sofrimento psíquico. Ainda assim, sabe-se que os processos de capacitação não resolvem todas as questões, mas podem fomentar o aprendizado que se dá no cotidiano da prática.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma dos Serviços de Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. Prática Profissional. Desinstitucionalização.

Abstract

By the end of the 1980s, with the creation of the Unified Health System (SUS), the first initiatives to replace mental asylums in Brazil took place. The city of Santos pioneered the process of creating the first network of territorial services for mental health. In this sense, within a process of paradigm change, it was expected that daily work routine presented difficulties and potentialities in the development and implementation of the psychosocial care model. It is also believed that the way of reflection of the practice makes possible the implementation of care actions which contribute to overcome the challenges encountered, allowing the expansion of citizenship exercise, autonomy development and improvement of life quality of the users served, at the same time finding more effective ways to share these experiences among professionals and among the Psychosocial Care Network services. The aim of this research was to investigate the professionals' perception about their practice, organized by the understanding, construction and use of the Singular Therapeutic Project (PTS) as a strategy to direct care. Through the qualitative approach, a case study was carried out in a Psychosocial Care Center. The aim was to identify in this service, through semi-structured interviews applied to team professionals, the promotion of the changes advocated by the Movement of Anti-Asylum and Psychiatric Reform. Thus, a cut was used as a strategies organization resources used by care team, which consists of the Singular Therapeutic Project, the product of this mobilization process. The set of data produced was explored from the perspective of the Thematic Content Analysis. In the experience was a dynamic process composed of multiple understandings and several ways to deal in practice with the Singular Therapeutic Projects question. Finally, it was verified the importance of efforts aimed at the training of health workers, while valuing the prior knowledge of these professionals, as a strategy to strengthen practice, in an attempt to produce transformations not only within the services, but also in all social contexts where psychic suffering is produced and lived. Nevertheless, it is known that the training processes do not solve all the questions, but they can foment the learning that occurs in the daily practice.

Palavras-chave: Mental Health. Health Care Reform. Mental Health Services. Professional Practice. Desinstitutionalization

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Rede de Atenção Psicossocial	12
1.1.1 A experiência do município de Santos	16
1.1.2 CAPS III Centro – NAPS II.....	18
1.2 Projeto Terapêutico Singular.....	21
2 OBJETIVO.....	25
3 MÉTODO DA PESQUISA	26
4 APRESENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS, DO DIÁRIO DE CAMPO E DISCUSSÃO	30
4.1 Atuação em saúde mental e as relações de equipe	32
4.1.1 Um caso compartilhado	44
4.2 O cuidar e os projetos de vida.....	466
4.2.1 Relato sobre os finais de semana	63
4.2.2 Atenção à crise	64
4.2.2.1 O vínculo na insistência pelo cuidado	Erro! Indicador não definido.
4.3 Processos de desinstitucionalização: a relação com o território.....	73
4.3.1 Empréstimo de poder contratual	85
4.4 O lugar do pesquisador e os reflexos de um processo investigativo dialógico	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
6 REFERÊNCIAS	95
Apêndice 1 – Roteiro para Entrevista Semiestruturada.....	102
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	104
Apêndice 3 – Parecer Consubstanciado do CEP	105
Apêndice 4 – Produto Técnico.....	108

1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica não tem como objetivo apenas a desospitalização ou humanização da assistência à saúde mental, mas busca principalmente mudanças nas relações com a experiência da loucura, numa perspectiva de transformação da relação entre as pessoas e as instituições, em particular as destinadas ao cuidado. Compreende-se que as pessoas não necessitam somente de medicação e cuidado humanizado, mas de atenção às condições de moradia, lazer, cultura, trabalho, educação, locomoção, dentre outros diversos fatores que influenciam no próprio processo de saúde-adoecimento.

A ênfase não deve ser colocada no projeto de cura da doença, mas no processo de criação de saúde e de reprodução social dos indivíduos. A desinstitucionalização trata-se de um processo social complexo, que mobiliza todos os sujeitos envolvidos, transformando as relações de poder entre os usuários e as instituições, na busca pela substituição por completo do manicômio, antes visto como única resposta ao sofrimento psíquico, por serviços territoriais capazes de produzir cuidados em saúde mental (ROTELLI, 2001; LEONARDIS, 2001; MAURI, 2001).

Atualmente, trabalhar com saúde mental é trabalhar com projetos de organização de vida, os chamados Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). É necessário que os trabalhadores possam reorganizar sua própria visão de terapeuta, entendendo a importância do processo de criação e recriação da prática cotidiana do cuidado. É preciso se envolver enquanto pessoa, apostar na relação, no encontro que se dá no cotidiano do serviço de saúde. Ressalta-se que o movimento não deve envolver somente os profissionais, mas toda a sociedade e, principalmente, deve reconhecer o usuário como protagonista de seu processo de cuidado a sua própria saúde e decisões de vida.

Dell'Acqua e Mezzina (1991) apontam para a necessidade de articular as atividades ofertadas pelo serviço de saúde com as demais atividades da vida cotidiana do usuário. É importante que as atividades nas quais os sujeitos se vinculem não fiquem restritas ao espaço físico dos serviços, mas se ampliem para outros espaços comunitários, possibilitando maior reinserção social e conseqüente aumento da autonomia. Assim, as atividades desenvolvidas dentro e pelo serviço devem ser vistas como instrumentos para uma finalidade mais ampla. Sendo a conexão com o território

um dos recursos para a viabilização do trabalho, este deve ser explorado pelos diferentes profissionais para estabelecimento de alianças e trocas com os recursos nele existentes.

A partir da reflexão, criação e recriação da prática de trabalho, baseadas nas necessidades apresentadas pelos serviços, seus trabalhadores, usuários e comunidade, será possível encontrar maneiras mais eficazes de compartilhamento, ao mesmo tempo em que poderá subsidiar a implantação de ações nos serviços de saúde mental que contribuam para o efetivo exercício da cidadania e desenvolvimento da autonomia dos usuários. Espera-se que este processo contribua para a superação de desafios existentes, de modo que o surgimento de novos desafios leve as instituições de assistência à saúde a terem que se qualificar e se reinventar constantemente.

1.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Rede de Atenção Psicossocial

Com a antipsiquiatria na Inglaterra e a psiquiatria democrática italiana, surgidas na década de 1960, se coloca em questionamento o saber e a prática psiquiátrica. As duas experiências reformistas italianas mais expressivas, em Gorizia e Trieste, ocorreram no início das décadas de 1960 e 1970, sob a coordenação de Franco Basaglia. Tais experiências realizaram uma significativa transformação da assistência psiquiátrica: suas propostas eram deslocar o foco da instituição para o território, de modo que a doença deixasse de ser o objeto da clínica, passando a considerar o indivíduo, que no lugar de “doente”, havia sido segregado da sociedade. Os “pacientes” participaram ativamente do processo de mudança que criou os Centros de Saúde Mental e teve o hospital psiquiátrico oficialmente abolido em 1980 (ROTELLI, 2001; LEONARDIS, 2001; MAURI, 2001).

A partir das contribuições das experiências italianas, passou-se a discutir a desinstitucionalização como invenção de novas práticas, como uma proposta radical de mudança paradigmática, cujo objetivo não era apenas a desospitalização, mas também a produção de cidadania. A questão central está relacionada à elevação do sujeito de sua condição de doente para a de cidadão (AMARANTE, 2003).

No final dos anos 1970, em plena ditadura militar, começaram a surgir denúncias de violência e abandono de pacientes internados em hospitais psiquiátricos (DELGADO, 2014). A indignação pelas condições de tratamento foi se tornando cada

vez mais forte, resultando em um Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1979. As primeiras formulações do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) baseavam-se na denúncia do desrespeito aos direitos humanos, das condições de trabalho desfavoráveis e da transformação do sofrimento mental em mercadoria (BRASIL, 2005).

As razões políticas, econômicas e culturais para esse abandono observado nos hospitais psiquiátricos, provêm do entendimento de que o tratamento consistia em reclusão, havendo poucas alternativas assistenciais fora do hospital. Não existia uma política de saúde mental de âmbito nacional e a internação era oferecida como único recurso terapêutico. Ocorria, segundo as críticas do MTSM, uma “mercantilização da loucura”, onde o financiamento poderia funcionar como estímulo para manter o paciente internado por longos períodos e os leitos sempre ocupados (DELGADO, 2014).

A proposta do movimento era denunciar a violência e a ineficácia de um sistema assistencial centrado no hospital, com acesso limitado para a maior parte da população, que transformava a loucura em mercadoria e se baseava em uma visão preconceituosa e estigmatizante do sofrimento mental. Os desafios consistiam em entrar no sistema asilar e transformá-lo, ampliando também a oferta de atendimento em saúde mental em ambulatórios públicos, fora dos hospitais (DELGADO, 2014).

Em 1987 foi organizada pelo Ministério da Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. No mesmo ano, foi convocado pelo MTSM o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que aconteceu em Bauru/SP. Neste movimento participaram trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares e pesquisadores, formulando coletivamente as direções políticas e estratégicas para o processo de Reforma, adotando o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, norteador do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (BRASIL, 2013). Na perspectiva da ampliação do movimento, é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

O processo de redemocratização do final dos anos 80 foi marcado pela articulação de diversos movimentos sociais. Questões sobre meio ambiente, diversidade sexual e étnica, transparência e saúde foram debatidas na constituinte, ganhando espaços na legislação, consolidadas na Constituição de 1988 (DELGADO, 2014).

As primeiras experiências alternativas ao modelo asilar aconteceram em São Paulo, com a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (conhecido como CAPS Itapeva). Posteriormente em Santos, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta e sua substituição por uma rede de equipamentos, que incluía os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); e em Belo Horizonte, através de Centros de Referência em Saúde Mental (DELGADO, 2014).

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado (MG), deu entrada no projeto de lei da Reforma Psiquiátrica, fruto do debate coletivo e apoiado amplamente pelo movimento social (BRASIL, 2005). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído com a Lei nº 8.080, regulamentada em 1990, permitiu o desenvolvimento da proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial territorial. Iniciou-se o processo de redução dos leitos psiquiátricos, a partir de uma fiscalização mais ativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental teve participação expressiva de usuários e familiares em apoio às propostas do movimento (BRASIL, 1994).

A Lei da Reforma Psiquiátrica, nº10.216, sancionada em 2001, redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento territorial e dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004). É no contexto da promulgação desta lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental, alinhada com as diretrizes da Reforma, passa a consolidar-se, ganhando maior apoio e visibilidade (BRASIL, 2013).

O governo federal estabeleceu normas claras de financiamento e organização da rede de serviços por meio da Portaria nº336 de 2002, e novos mecanismos foram criados para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos, além de definir as diversas modalidades de CAPS, que passaram a expandir-se (BRASIL, 2002).

Em 2010 foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que reafirmou os princípios da Reforma e reconheceu os avanços alcançados, apontando novos desafios, especialmente pela construção e fortalecimento de parcerias das políticas de saúde com as políticas de assistência social, educação, cultura e lazer (DELGADO, 2014).

A Portaria nº 3.088 de 2011, republicada em 2013, define os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na busca por organizar o sistema de atendimento a nível federal, estadual e municipal. Os municípios têm a tarefa de

implantar e manter alguns serviços, dentre eles, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (BRASIL, 2013). Os dispositivos da RAPS estão apresentados na tabela a seguir, com base na Portaria nº 3.088/2013.

Tabela 1. Componentes da RAPS

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS
1. Atenção Básica	1.1 Unidade Básica de Saúde (UBS) 1.1.1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 1.2. Equipes de Atenção básica para situações específicas: 1.2.1 Equipe de Consultório na Rua 1.2.2 Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Residencial de Caráter Transitório 1.3 Centro de Convivência
2. Atenção Psicossocial	2.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 2.1.1 CAPS I 2.1.2 CAPS II 2.1.3 CAPS III 2.1.4 CAPS AD 2.1.5 CAPS AD III 2.1.6 CAPS Infantil
3. Atenção de Urgência e Emergência	3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 3.2 Sala de Estabilização 3.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas 3.4 Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro 3.5 UBS (Unidade Básica de Saúde) 3.6 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
4. Atenção Residencial de Caráter Transitório	4.1 Unidade de Acolhimento 4.1.1 Comunidades Terapêuticas 4.2 Serviços de Atenção em Regime Residencial
5. Atenção Hospitalar	5.1 Enfermaria especializada em Hospital Geral 5.2 Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
6. Estratégias de desinstitucionalização	6.1 Serviços Residenciais Terapêuticos 6.1.1 Programa de Volta para Casa
7. Reabilitação Psicossocial	7.1 Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais

A RAPS é ainda uma rede em construção, cujos desafios estão baseados na sustentabilidade de quatro dimensões: *Financeira* - suporte regular de recursos dos três níveis de gestão do SUS; *Técnica* - assegurar qualificação, supervisão, formação

permanente, ampliação da capacidade de acolhimento de novos usuários; *Política* - apoio da gestão pública e da população e enfrentamento das oposições ao movimento reformista; e *Científica* - aprofundar os mecanismos de produção e divulgação do conhecimento científico sobre saúde mental (DELGADO, 2014).

Nos últimos anos, houve uma ampliação da RAPS no país. Essa expansão não está assegurada, já que vivemos um momento delicado de mudanças políticas, que podem influenciar os rumos da atenção em saúde em sua construção conceitual e prática. O movimento atual é de enfrentamento de novos desafios pela consolidação do modelo territorial de saúde, na tentativa de assegurar a garantia dos direitos de cidadania para os usuários. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido um processo repleto de desafios, mas que tem avançado e demonstrado sua possibilidade, efetividade e potência para contribuir na construção de um melhor projeto de sociedade.

1.1.1 A experiência do município de Santos

Na década de 1980 observamos o surgimento de experiências de um novo tipo de cuidado em saúde mental. Koda e Fernandes (2007) apontam que Santos foi pioneira no Brasil ao iniciar um processo de substituição do manicômio por uma rede de serviços territoriais. Esse movimento se iniciou em 1989, com a intervenção do poder público municipal no hospital psiquiátrico local, a Casa de Saúde Anchieta, devido às denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos.

No intuito de montar serviços territoriais, o hospital foi dividido em cinco miniequipes, cada uma responsável por um determinado território da cidade. As equipes se organizaram para formar os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e realizar a desativação da Casa de Saúde Anchieta (NICÁCIO, 1994).

O primeiro NAPS foi inaugurado em setembro de 1989, na zona noroeste de Santos e pouco tempo depois foram inaugurados outros quatro serviços. Em junho de 1994, ocorreu o fechamento definitivo do hospital. Esse período foi marcado por uma grande mobilização política por parte dos trabalhadores. A questão da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico ganhou espaço, ampliando as discussões para além do campo teórico-técnico (NICACIO, 1994).

O conhecimento sobre a loucura, transformada em doença mental, sempre deu ao profissional a possibilidade de exercer seu poder sobre o paciente e a questão da

periculosidade do louco sempre foi uma justificativa clássica para a internação. Se o conhecimento sobre a loucura autoriza certo poder, a periculosidade presumida assume as mais diversas formas de racionalização técnico-científica, gerando uma objetificação dos usuários. A desconfiança e o medo se sobressaem a qualquer expectativa de melhora ou progresso, que só é reconhecido em termos de obediência e submissão aos profissionais. A violência com os pacientes é mais uma reprodução das violências de uma sociedade de classes, onde a opressão é justificada dependendo da origem social. No processo de Reforma, no lugar da periculosidade, a liberdade e a responsabilidade são assumidas como conceitos organizadores da vida institucional (KINOSHITA, 2009).

Segundo Kinoshita (2009), uma vez que se transformavam as relações no espaço institucional, constituía-se uma nova instituição. Uma das primeiras medidas foi a abertura das celas, liberando as pessoas que se encontravam isoladas para serem reavaliadas e cuidadas. Havia assembleia diariamente, onde eram decididas as novas regras, valendo-se do contrato de não violência e estímulo ao diálogo. Como nos aponta o autor, essas assembleias não foram instituídas como “espaços terapêuticos”, mas de debate sobre a vida de todos no interior da instituição. Profissionais, funcionários de todas as seções, usuários e familiares foram envolvidos neste processo de crítica da instituição e construção de novas normas.

O Movimento de Luta Antimanicomial reunia diversas proposições sobre os serviços e sobre como deveria ser a rede de cuidado. Em Santos, no início dos anos 90, a discussão sobre as formulações e propostas dos serviços era bastante aquecida e o movimento reformista inicia um processo de transformação nas práticas ligadas à saúde mental, como nos aponta Nicácio (1994):

Os NAPS não são estruturas simplificadas como as instituições totais; são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural. (NICÁCIO, 1994, p. 91).

Segundo Capistrano Filho (1991 apud TENÓRIO, 2002, p. 39), a experiência de Santos inspirou-se em um questionamento dos pressupostos da psiquiatria no plano conceitual, mas operou segundo um programa objetivo no plano prático, com duas linhas de trabalho: a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma nova visão da sociedade em relação aos doentes mentais.

Para Kinoshita (2009), é nesse contexto que a antiga instituição psiquiátrica é posta em cheque, onde os indivíduos começam a se deslocar para um cenário participativo, de compartilhamento de direitos e responsabilidades:

Quando a comunidade consegue produzir um novo consenso, este pode/passa a ser assumido como uma nova norma e ser seguida pelos participantes e cujas consequências e desdobramentos são assumidos como responsabilidade coletiva. (KINOSHITA, 2009, p. 6).

Segundo Leal (1994 apud TENÓRIO, 2002, p. 38), os NAPS são estruturas abertas, regionalizadas, com responsabilidade pela demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento integral, cada unidade dispondo de seis leitos aproximadamente.

Os cinco NAPS do município são classificados hoje como Centros de Atenção Psicossocial III. A seguir, será apresentada a unidade de atuação da pesquisadora e dos profissionais entrevistados nesse estudo.

1.1.2 CAPS III CENTRO – NAPS II

Por ainda serem amplamente conhecidos pela antiga denominação pelos usuários e munícipes, optou-se por também utilizar a nomenclatura antiga dos serviços neste estudo. Atualmente, a rede de saúde mental em Santos, conta com:

- Cinco Núcleos de Apoio Psicossocial: NAPS I - Zona Noroeste, NAPS II - Centro, NAPS III - Praia, NAPS IV- Vila Belmiro e NAPS V- Orquidário (todos correspondentes a serviços tipo CAPS III);
- Três serviços voltados à infância - Seção Centro de Valorização da Criança (SCVC), sendo SCVC da Zona Noroeste, SCVC da Zona da Orla / Intermediária e SCVC da Região Central Histórica;
- Um serviço de atendimento ao adolescente - Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente (SECERPA / TÔ LIGADO);

Os serviços voltados à infância e adolescência passam por um processo de mudança para CAPS Infantil e CAPS Infantil – Álcool e Drogas.

- Um serviço de atendimento à dependência química - Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente (SENAT, um CAPS Álcool e Drogas tipo II);

- Um serviço de reabilitação psicossocial - Seção de Reabilitação Psicossocial (SERP); e
- Duas Residências Terapêuticas - Seção Lar Abrigo (SELAB).

Após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, entre outras mudanças iniciadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica, o hospital foi dividido em enfermarias que correspondiam às regiões da cidade, com equipes responsáveis por cada uma delas. Assim, a enfermaria correspondente a cada região foi sendo fechada na medida em que se implantava um novo NAPS (NICACIO, 1994).

O NAPS dessa pesquisa é um dos cinco serviços criados entre 1989 e 1992. Neste estudo será dado enfoque ao NAPS II, ou CAPS III – CENTRO, local de atuação profissional da pesquisadora. Sendo um CAPS III, de acordo com a Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011), a unidade 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, sendo indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.

Esta unidade foi inaugurada em 17/09/1990 e sua localização foi alterada por quatro vezes até o local de funcionamento atual. Enquanto essa pesquisa era realizada, a unidade passou por um processo de mudança, após diversas denúncias das condições da casa, que sem manutenção apropriada, tornou-se um local inadequado para atendimento.

Os bairros de abrangência da unidade são: Centro, Vila Nova, Valongo, Paquetá, Macuco, Encruzilhada, Monte Serrat e Morro do Pacheco. Os bairros da região central, portuária e morros concentram uma população marcada pela vulnerabilidade social e econômica, onde muitos usuários residem em cortiços, pagando um valor alto para viver em pequenos cômodos, sem ventilação ou privacidade.

A equipe hoje é composta por 30 funcionários no total, dentre eles: 2 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 3 psiquiatras, 2 acompanhantes terapêuticos, 2 enfermeiras, 14 técnicos de enfermagem, 1 farmacêutica, 1 chefe de sessão, 1 chefe e 2 auxiliares administrativas. Também estão na unidade, diariamente, copeiro e auxiliares de limpeza. Existem também parcerias com instituições de ensino na formação de alunos e estagiários, que estão presentes

na unidade com grande frequência. É importante ressaltar que dentro do quadro de funcionários, encontram-se pessoas afastadas, pessoas que não prestam serviço na unidade e a equipe médica que possui carga horária variada. É possível verificar que a equipe encontra-se reduzida, quando comparada à equipe mínima preconizada pela Portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002).

A unidade atende pessoas encaminhadas por outros serviços de saúde e assistência social, demandas judiciais e demandas espontâneas. Há mais de 4.000 usuários matriculados na unidade, sendo aproximadamente 2.000 deles ativos. A população consiste em pessoas maiores de 18 anos em sofrimento mental. O fechamento de um ambulatório do município voltado ao atendimento dos casos diagnosticados como leves em saúde mental também colaborou para que os CAPS também acabassem absorvendo essa demanda.

Atualmente os esforços pela estratégia do matriciamento vêm tentando reverter essa situação, com encaminhamento dos quadros leves e estabilizados à atenção básica, que deve receber apoio dos CAPS para continuidade do cuidado desses indivíduos, através da construção compartilhada de ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental, diminuindo a necessidade de encaminhamentos aos CAPS.

A atenção pode ocorrer com propostas e frequências diferentes, dependendo da necessidade dos usuários, que podem permanecer em Hospitalidade Dia (frequentando diariamente a unidade), Acolhimento Integral (recebendo cuidados 24 horas) ou em nível ambulatorial. Atualmente, existem no NAPS II, ou CAPS III – CENTRO, em média, 30 pessoas em Hospitalidade Dia, porém esse número, assim como o de Acolhimento Integral, é flutuante, variando de acordo com as necessidades apresentadas por usuários, familiares, equipe e rede de saúde mental.

Estabelece-se no acolhimento e nos atendimentos posteriores um contrato de atendimento, podendo ser discutido entre o profissional, equipe, usuário e familiar. Tal contrato é reajustado sempre que necessário, adequando-se à situação de cada pessoa e particularidades de seu percurso.

A prática diária dos trabalhadores desta unidade, baseada na Portaria nº 854/2012, envolve ações como: i) Acolhimento noturno e diurno de pessoas em sofrimento psíquico no CAPS; ii) Atendimento individual ; iii) Atendimento grupal; iv) Atendimento familiar; v) Acolhimento inicial; vi) Atendimento domiciliar para pessoas em sofrimento psíquico e/ou familiar; vii) Ações de articulação de redes intra e inter

setoriais; viii) Fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares; ix) Práticas corporais; x) Práticas expressivas e comunicativas; xi) Atenção às situações de crise; xii) Matriciamento de equipes da atenção básica; xiii) Ações de reabilitação psicossocial; xiv) Promoção de contratualidade (BRASIL, 2012)

Todas as ações, pensadas e executadas de maneira compartilhada, fazem parte do Projeto Terapêutico Singular de cada sujeito que busca atendimento. É interessante lembrar que esta unidade ainda atende alguns egressos da antiga “Casa de Saúde Anchieta”. São pessoas com pouco ou nenhum suporte familiar, que conquistaram sua autonomia financeira graças a programas como o “De Volta Para Casa”, que dispõe de bolsas para egressos de prolongadas internações em hospitais psiquiátricos. Alguns desses usuários se tornaram lideranças e referências do Movimento da Luta Antimanicomial, ressaltando a importância da participação e protagonismo em seu processo de busca pela garantia de direitos e produção de cuidado e saúde.

1.2 Projeto Terapêutico Singular

A crise do paradigma psiquiátrico proporcionou a reflexão sobre um novo modo de acompanhar o sofrimento psíquico, desenvolvendo um norte para a construção de projetos de organização de vida, como uma das propostas para organizar o trabalho em saúde mental, depois chamados de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

No processo de Reforma Psiquiátrica, as experiências comportam novas formas de diálogo, promovendo movimentos de mudança nos contextos de vida, nos valores, nas condições materiais e das relações, exigindo assim novas práticas e saberes para promoção do cuidado à saúde, assim, os projetos terapêuticos podem ser compreendidos como projetos de vida (NICÁCIO, 2003).

Para Kinker (2015), parte-se da ideia de compreender a experiência do adoecer não como um processo biológico ou orgânico, mas fundamentalmente como uma vivência complexa de dor ou sofrimento. Diante dessa complexidade, os trabalhadores dos serviços de saúde precisam estar integrados, complementando suas especificidades profissionais e se responsabilizando por um objetivo comum.

Segundo Kinoshita (2014), se o adoecimento está relacionado a uma série de fatores combinados de certo modo na vida de cada pessoa, exige uma resposta igualmente complexa e diversificada de cuidado. Projeto Terapêutico significa,

portanto, um plano de ação voltado ao futuro de alguém, que acompanha e está presente em sua construção, na busca de realizações de projetos de vida. É Singular porque cada pessoa, família ou comunidade é produto das interações que teve durante a sua história de vida. Como cada uma dessas histórias é única, é necessário um plano pensado de modo especial, para a pessoa ou coletivo, por isso a importância de sua participação na elaboração do PTS. Sendo um processo de produção coletiva, depende da existência de um sentimento de compromisso, como modo de corresponsabilização entre os sujeitos.

Para Nicácio (2003), o termo projeto pode ser problemático por remeter a algo como um plano pré-estabelecido que deva ser seguido à risca, sem desvios, mas que se pode entender também como um apontar dos caminhos ao caminhar.

Segundo Lancetti (2015, p. 122), o PTS é “um organizador do cuidado que inclui a família, a biografia, o território geográfico que a pessoa habita, os recursos desse território e o território existencial do usuário e seu contexto”.

Boccardo *et al.* (2011) reconhecem o resgate da cidadania como objetivo final das estratégias de cuidado, que podem ser alcançadas somente a partir da singularização das necessidades promovida pelo PTS.

Kinker (2015) propõe que a prática dos projetos terapêuticos dialogue com a realidade concreta de vida dos usuários e suas relações nos territórios de existência, de forma a transformar as relações de poder e de saber que reproduzem a anulação dos sujeitos. É possível assim, dialogar com a complexidade da experiência do sofrimento psíquico, gerando transformações nas cenas que o produzem.

O PTS não se limita a responder demandas e necessidades, também visa aumentar a contratualidade social, cultural e econômica do usuário, possibilitando exercer os direitos de cidadania. O desafio colocado para os serviços de saúde está em participar da vida social, do contexto comunitário, construindo a possibilidade de que as relações sejam marcadas pela noção de pertencimento. Para Kinoshita (2014), o relacionamento dos serviços de saúde com o território se construirá a partir do conhecimento dos profissionais sobre os locais de trocas sociais:

Cada equipe construirá o relacionamento com seu território na medida em que se organiza para dialogar com as forças vivas da localidade, criando meios de conhecer as distâncias percorridas pelas pessoas, as condições de moradia, as relações na vizinhança, os locais de trabalho, os espaços de lazer públicos e privados disponíveis, os meios de transporte, entre outras coisas. (KINOSHITA, 2014, p.30).

A elaboração do PTS será um produto baseado não apenas nas interpretações das necessidades de saúde pelo profissional a partir do relato dos usuários e familiares. Apropriado do território, o profissional adquire um repertório que pode favorecer a criação de estratégias inovadoras. Nesse processo de conhecimento e construção, as visitas domiciliares podem ser realizadas como recurso, contribuindo para a observação da dinâmica familiar e cotidiana, permitindo conhecer as condições de vida do usuário no local onde reside e possibilitando ampliação da percepção sobre as questões emergentes.

O trabalho em equipe possibilita que múltiplas versões da história de vida sejam compartilhadas, contribuindo para a elaboração do PTS. Nesse processo, o estabelecimento de um profissional de referência contribui para a organização da atenção, pois ele tem a tarefa de articular o cuidado, se constituindo como ponto de referência para o usuário e para a equipe.

Entende-se então que, por meio do PTS, pode-se identificar e refletir sobre as atividades oferecidas na unidade, os espaços de encontro e convivência, as ações desenvolvidas no território, os atendimentos domiciliares, o trabalho com a família, o próprio trabalho de construção e planejamento em equipe, a importância do técnico de referência, a importância do vínculo e até mesmo a atenção à crise.

Mângia, Castilho e Duarte (2006) reforçam que muitos problemas encontrados no cotidiano do trabalho em saúde mental poderiam ser superados com a capacitação dos profissionais e melhor articulação entre as diversas instâncias sociais envolvidas no processo de cuidado e da vida em comunidade.

Oliveira (2010) se refere à potência do PTS de provocar processos de reflexão e ação nos trabalhadores de saúde, criando possibilidades de repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos. Refere ainda que o uso do PTS amplia as possibilidades da abordagem psicossocial e estabelece o trabalho interdisciplinar, podendo funcionar como um método para a educação permanente de trabalhadores.

Assim, o PTS, considerado um importante dispositivo de gestão e reformulador das estratégias de organização de equipes, tornou-se um dos objetos desta pesquisa, a fim de propor uma análise das questões que envolvem sua construção, desenvolvimento, os possíveis impasses para sua concretização e, principalmente, o conhecimento e a percepção do trabalhador de saúde mental a respeito das

estratégias de organização da equipe, contribuindo para a criação de espaços de troca e aprendizagem.

2 OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa é investigar a percepção dos profissionais acerca de sua prática, organizada pela compreensão, construção e utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar o cuidado.

3 MÉTODO DA PESQUISA

Para a realização dessa pesquisa, optou-se pela elaboração de uma abordagem qualitativa, que considera a complexidade, contradição e singularidade dos fenômenos humanos e sociais, a fim de compreender a dinâmica dos processos e sujeitos envolvidos, buscando o entendimento da razão e dos motivos, aprofundando o conhecimento da realidade. Os conflitos são encarados como necessários para a transformação e construção de novos padrões de relação social, portanto, objetiva-se não somente a compreensão e a interpretação da realidade, mas também sua transformação (MINAYO, 2014). Segundo Turato (2005), as pesquisas qualitativas não pretendem entender o fenômeno em si, mas o seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas envolvidas.

Este trabalho se propôs a refletir especificamente sobre a experiência de um dos cinco NAPS da cidade de Santos, o NAPS II (ou CAPS III - CENTRO). Considerando o caráter histórico desta unidade, o processo ideológico de sua construção e seu contexto atual, privilegiou-se o estudo de caso como forma de explorar essas características, nesta unidade que é local de atuação da pesquisadora.

Segundo Yin (2010), o estudo de caso pode ser tratado como importante estratégia metodológica para a pesquisa em ciências humanas, pois permite ao investigador um aprofundamento em relação ao fenômeno estudado. Além disso, o estudo de caso favorece uma visão holística sobre os acontecimentos cotidianos, destacando-se seu caráter de investigação empírica de fenômenos contemporâneos. É útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, como intervenções e processos de mudança.

Primeiramente, considerou-se a observação participante, marcada pelo contato direto, frequente e prolongado do investigador com os atores sociais, sendo assim o próprio investigador o instrumento de pesquisa, como nos apontam Fraser e Gondim (2004). A observação participante aponta para a necessidade de eliminação de deformações subjetivas para tornar possível a compreensão e interações entre os sujeitos em observação.

O diário de campo, ferramenta utilizada para registrar dados e percepções da pesquisadora, permitiu refletir as experiências cotidianas, para auxiliar na discussão. Segundo Pezzato e L'abbate (2011), o diário de campo tem potencial de produzir um

movimento de reflexão da própria prática, na medida em que a escrita do ato vivido proporciona reflexão sobre tal, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar.

Os sujeitos da pesquisa são funcionários da Prefeitura de Santos, locados administrativamente e atuantes na unidade de saúde no atual período, possuindo minimamente seis meses de experiência de trabalho no local. É importante salientar a inclusão de profissionais de nível superior e técnico, envolvidos diretamente no cuidado com o usuário de acordo com o contexto desta unidade de atenção, como forma de considerar o processo de produção coletiva reforçado na concepção do projeto terapêutico. Considerando os critérios de inclusão, esta pesquisa exploratória se propôs a entrevistar uma amostra de 10 pessoas, que representa um terço dos funcionários da unidade em sua totalidade. De acordo com Fraser e Gondim (2004, p. 147), o “processo de escolha não é numérico, já que a finalidade não é quantificar opiniões e sim explorar e compreender os diferentes pontos de vista que se encontram demarcados em um contexto”.

Dos sujeitos possíveis, a proposta foi entrevistar cinco funcionários de nível superior e cinco funcionários de nível médio ou técnico, envolvidos no cuidado aos usuários de forma direta, como profissionais de referência dos usuários ou de apoio. Tratou-se de uma amostragem aleatória simples, onde os participantes foram escolhidos por sorteio. Em relação aos profissionais de nível superior, preconizou-se uma escolha variada de representantes entre as diferentes categorias disponíveis, portanto, o sorteio foi feito, uma vez que concentrou apenas uma categoria profissional. Os cinco profissionais contratados como nível médio ou técnico, como os acompanhantes terapêuticos e técnicos de enfermagem, foram convidados de acordo com o sorteio.

A coleta de dados foi realizada com a utilização de entrevistas semiestruturadas (Apêndice 1), construídas com perguntas norteadoras. Segundo Fraser e Gondim (2004), a entrevista na pesquisa qualitativa, privilegiando as falas dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana, que se torna acessível por meio do discurso sobre suas percepções de mundo. A proposta desse roteiro foi permitir que o entrevistado falasse sobre suas vivências, desdobrando os indicadores esperados para a pesquisa (MINAYO, 2014). Os tópicos desse roteiro envolveram: a) as informações básicas do profissional; b) relação com a unidade; c) formação; d) rotinas e ações de trabalho; e) relação com PTS; f) entendimento das relações

institucionais e do trabalho em equipe; e g) possíveis formas de orientação e melhoria na qualidade do trabalho.

Quanto aos aspectos éticos, este projeto foi encaminhado à Coordenadoria de Formação Educacional (COFORM) do município de Santos e à Plataforma Brasil, para parecer do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) (Apêndice 2). Após as aprovações, foi dado início a investigação da temática. A chefia da unidade foi contatada e autorizou a realização das entrevistas na própria unidade. Os profissionais elegíveis foram convidados a participar da pesquisa e entrevistados de acordo com a sua disponibilidade e da pesquisadora.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, tratando-se de um estudo regido por princípios éticos, no qual a informação coletada é confidencial, não sendo informados os dados pessoais dos participantes. A participação foi voluntária e podia ser revogada em qualquer momento do estudo. Não houve despesas, compensações ou benefícios diretos pela participação. Foram considerados mínimos os riscos diretos ou indiretos em que os participantes da pesquisa foram expostos. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice 3), contemplando as exigências da Resolução 466/2012, do Ministério da Saúde. Em qualquer etapa da pesquisa, o participante pode ter acesso ao responsável pelo estudo, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio dos contatos disponibilizados no documento. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente.

O conjunto de dados produzidos foi analisado na perspectiva da análise de conteúdo, definida como:

Um conjunto de técnicas de análises de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. (BARDIN, 1979, p.42).

A modalidade da análise de conteúdo foi temática, que segundo Minayo (2014, p. 316), “visa descobrir *núcleos de sentido* que compõe uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Ao final da pesquisa elaborou-se uma proposta destinada aos trabalhadores, de oficinas problematizadoras do Projeto Terapêutico Singular, na tentativa de promover uma reflexão sobre as estratégias utilizadas no trabalho em equipe, por

meio da apresentação dos resultados da pesquisa. As oficinas fazem parte da proposta de produto técnico (Apêndice 4) do programa de mestrado profissional e será apresentada adiante.

4 APRESENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS, DO DIÁRIO DE CAMPO E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas, onde o material foi explorado em busca de estruturas de relevância para organização. Considerando os objetivos do estudo, foram definidos temas significativos para a categorização do material. A apresentação desses dados acompanha a reflexão e discussão dos mesmos, relacionando aos referenciais teóricos da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. Entre a apresentação e discussão de cada um dos temas, estão inseridas narrativas que tratam da experiência da pesquisadora que compuseram o diário de campo.

Foram realizadas 10 entrevistas para esta análise. Entre os entrevistados, seis relatam que tiveram sua primeira experiência profissional em saúde mental na própria unidade em questão e o tempo de atuação varia de dois anos e meio até 25 anos na data em que foi realizada a entrevista. A tabela a seguir traz dados básicos dos profissionais entrevistados.

Tabela 2. Identificação dos profissionais entrevistados

	FUNÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	TEMPO DE TRABALHO NO NAPS II	FORMAÇÃO
E1	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	25 ANOS	25 ANOS	TÉC. ENFERMAGEM
E2	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	5 ANOS	5 ANOS	TÉC. ENFERMAGEM
E3	PSICÓLOGA	21 ANOS	10 ANOS	PSICOLOGIA
E4	ASSISTENTE SOCIAL	2 ANOS E MEIO	2 ANOS	SERVIÇO SOCIAL
E5	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	4 ANOS	4 ANOS	TÉC. ENFERMAGEM
E6	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	5 ANOS	5 ANOS	TÉC. ENFERMAGEM
E7	ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO	18 ANOS	3 ANOS	PSICOLOGIA
E8	ENFERMEIRA	13 ANOS	13 ANOS	ENFERMAGEM
E9	PSICÓLOGA	38 ANOS	10 ANOS	PSICOLOGIA
E10	MÉDICO	5 ANOS	5 ANOS	CLÍNICA MEDICA

Para iniciar a discussão dos relatos obtidos com as entrevistas, é importante considerar que as opiniões expressas pelos profissionais da equipe de saúde têm relação intrínseca com o contexto atual, numa conjuntura entre a situação pessoal e subjetiva de cada trabalhador, da unidade em questão e de seu entorno. As especificidades dessa experiência devem ser consideradas, dada a diversidade de indivíduos, de fatores pessoais, sociais e históricos, que em sua interação resultam neste recorte vivido no contexto desta unidade de saúde durante este período.

O conhecimento científico dos profissionais não pode ser mensurado por meio de suas respostas em relação à prática de trabalho diária. Polanyi (1958) argumenta a favor da relevância epistemológica do saber-como e do saber-que: usando o exemplo do equilíbrio envolvido no ato de andar de bicicleta, ele sugere que o conhecimento teórico da física para a manutenção do estado de equilíbrio, não pode substituir o conhecimento prático sobre como andar de bicicleta. Espera-se que mesmo em sua singularidade, as discussões trazidas sobre a prática em saúde mental nesta unidade estudada, possam proporcionar reflexões para este e outros serviços, trabalhadores

e equipes de saúde, possibilitando a identificação com os diversos fatores que envolvem o cotidiano de trabalho.

Vale ressaltar que, sendo a pesquisadora parte integrante e atuante deste processo de trabalho pelo cuidado, concomitante ao processo de pesquisa em saúde, leva-se em consideração a subjetividade traduzida no próprio processo de discussão.

Além dos grandes temas relacionados ao trabalho em saúde mental, PTS e desinstitucionalização, por fim, apresentamos uma breve análise do processo de pesquisa, apontando as reverberações que o desenvolvimento desse estudo trouxe para a pesquisadora, equipe e serviço.

4.1 Atuação em saúde mental e as relações de equipe

Trabalho é uma atividade humana intencional, que transforma a natureza, com a finalidade de atender a determinadas necessidades. Ao transformar a natureza, o ser humano também se transforma. A organização industrial do trabalho fragmentou este processo, fazendo-se perder o domínio do processo completo, bem como o sentido da destinação social do produto (RIGOTTO, 1994).

Dessa forma, pode-se pensar numa analogia com o trabalho em saúde, que de acordo com o modelo ainda predominante de educação e atuação na área, baseado numa visão biologicista, acaba por promover constante necessidade de superespecialização dos profissionais. A formação cada vez mais direcionada pode vir a produzir práticas que acabem por fragmentar e reduzir os indivíduos atendidos às patologias que apresentam.

O trabalho em saúde visa produção social de saúde e cuidado, a fim de atender necessidades complexas e específicas, modificando e produzindo também, novas maneiras de relação entre os sujeitos e destes consigo mesmos. Portanto, o trabalho em saúde tem uma dupla finalidade: produzir saúde e ao mesmo tempo, produzir sujeitos, ou seja, contribuir para a constituição dos próprios trabalhadores e dos usuários (CAMPOS, 2000). Por este motivo, precisa ser encarado de maneira integrada e não promover a mesma fragmentação que a própria organização do trabalho muitas vezes impõe. O trabalho, tal como organizado nas sociedades capitalistas, é algo a ser discutido, questionado ou reinventado, pela sociedade como um todo, como nos propõe Kinker (1997).

Nessa luta por legitimidade, corremos o risco de simplificar algo complexo como o processo saúde-doença e a questão do cuidado, tomando o lugar da perspectiva biomédica tradicional. Para Kinker (2016) o paradigma biomédico persiste e muitas vezes, os próprios atores que questionam esse paradigma demandam intervenções nele pautadas.

O deslocamento de atuação de um modelo biologicista, centrado na doença, para um modelo de cuidado ampliado, com a construção de um sistema de serviços universal, igualitário e integral, constitui um processo social e político, que requer mais integração entre os trabalhadores da saúde como importante estratégia para a efetivação das políticas públicas (BRASIL, 2009).

Para Koda e Fernandes (2007), o movimento Reforma Psiquiátrica busca constituir novas práticas no campo da assistência à saúde mental, mas também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, à diferença, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais. Esse processo mobiliza diversas fantasias e angústias, por questionar valores e representações arraigados na sociedade e que estão na base de nossa constituição como sujeitos. As instituições fornecem uma estrutura de referência não só para aqueles que nela se inserem como para a própria sociedade. Esse processo de constituição de novas práticas coloca os trabalhadores diretamente em contato com o desconhecido, gerando sentimentos de angústia, onde a própria identidade profissional é colocada em questão:

Ao se transformar antigos códigos de relação entre normalidade e loucura, entre técnico e paciente, ameaça-se a segurança do próprio sujeito implicado nessa mudança. (KODA e FERNANDES, 2007, p. 1456).

Nesse sentido, os momentos iniciais dos NAPS se configuram como um momento de contraposição radical ao manicômio. Nesse período houve uma forte ênfase no discurso político, pela produção de uma nova realidade. O lugar de técnico se completava com o lugar de militante do movimento (KODA e FERNANDES, 2007).

A dimensão política não é distante do cotidiano, das relações concretas com os usuários e reforça o trabalho em saúde como um processo coletivo, do qual emergem interesses, disputas, consensos, conflitos e negociações, estabelecendo determinadas tendências na produção do cuidado. Desse modo, o lugar de técnico

necessariamente está ligado ao compromisso social, onde precisa haver uma responsabilização coletiva dos trabalhadores, através de um processo de divisão pactuada, compartilhada e articulada de tarefas. Entretanto, a responsabilização coletiva vai além, ao presumir que uma equipe responde pelos atos realizados por qualquer um de seus membros, que precisam caminhar juntos em um processo de cuidado recíproco (GOMES *et al.*, 2007).

Para que o trabalho em equipe possa ocorrer da melhor maneira é preciso contar com alguns mecanismos que o favoreçam, tais como: a formação do profissional da saúde, a instituição e a cultura do trabalho. Sobre as determinações importantes em relação ao mercado, é possível refletir sobre a influência da alternativa de escolha do profissional formado para atuar em saúde. Como experiência pessoal, a possibilidade de escolha pela área de atuação e a possibilidade de opinar junto à coordenação de saúde mental quanto à unidade na qual havia interesse de ingresso foi de grande importância para a pesquisadora, demonstrando a relevância do comprometimento do profissional por sua identificação com os processos de trabalho.

Dentre os 10 profissionais entrevistados, seis relataram que não tiveram oportunidade de escolha de área ou local de atuação ao serem convocados para assumir seus cargos conquistados no concurso. Foram designados de acordo com a necessidade dos serviços da rede de saúde na época de suas contratações, não sendo levado em consideração o perfil ou a formação prévia dos mesmos.

Através dos relatos desses profissionais pôde-se identificar que não só a impossibilidade de escolha pelo local de trabalho, mas a própria designação para a área da saúde mental, sem capacitação prévia, aflorou sentimentos de medo. A expectativa de sofrer agressões pode ser fruto tanto da história de vida, das experiências de formação, como dos próprios preconceitos sociais construídos ao longo da história em relação à loucura, como veremos nos relatos a seguir:

“... a vaga que tinha era psiquiatria. Vim com medo. Como a gente faz estágio em psiquiatria, já sabe como é barra pesada, aí fiquei com medo, mas vim.” (E5)

“... eles me colocaram aqui sem escolha, não é alguém com perfil que é encaminhado pra cá... daí eu já imaginei que ia entrar aqui e ser agredida, que iam pegar meus cabelos, me xingar e por ai vai, mas nunca aconteceu nada.” (E6)

Os profissionais que tiveram oportunidade de escolha, segundo seus relatos, já demonstravam interesse pela saúde mental desde seu período de formação, ou até mesmo pelo desafio pessoal e profissional dessa área em questão:

“Então eu escolhi a psiquiatria, porque pra mim era um desafio conhecer. Pra falar a verdade eu tinha muito medo... eu não passava em frente ao Anchieta.” (E1)

É importante valorizar a maneira como é realizado o ingresso dos profissionais nas unidades de saúde. Todos os entrevistados relatam a necessidade de elementos motivadores para o trabalho, mas referem que os conhecimentos sobre o cuidado em saúde mental parecem exigir busca pessoal em grande parte de sua história profissional. Deve-se permanecer atento para este processo que reflete diretamente na qualidade das ações oferecidas por estes profissionais:

“... eu não tive escolha pra vir trabalhar aqui, talvez não escolhesse aqui, mas já que eu vim pra cá, eu acho que deveria ter uma capacitação. Eu não tive, eu não tinha nenhuma noção... Eu cheguei aqui já nessa rotina, de poucos funcionários e você tem que atender, tem que atender e tem que atender... então já comecei atendendo, só que eu não sabia nem o que eu tava fazendo...” (E4)

No campo da saúde mental, que viveu um grande avanço nos últimos 20 anos, com as ações do movimento de Luta Antimanicomial, foram desenvolvidos fluxos e estratégias para que o trabalho em equipe ocorra de modo interdisciplinar, e até mesmo transdisciplinar, conforme citado por Furtado (2007). Parece haver clareza sobre a necessidade de um trabalho integrado na oferta de ações de cuidado. Assim, o fluxo de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tende a privilegiar a comunicação, discussão, decisão conjunta, elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), reuniões e ações que favorecem interação e compreensão compartilhada, tanto entre profissionais como com os usuários do serviço.

A dinâmica da equipe, a divisão do trabalho e as dificuldades na interação entre os setores são expostas nas entrevistas. A questão que se intensifica é o distanciamento entre os profissionais de nível universitário, médicos e técnicos de enfermagem e, principalmente, a falta de comunicação existente entre eles, fazendo surgir questionamentos quanto à falta de uma prática integrada.

A organização do serviço e a própria estrutura física da casa onde funcionava a unidade de saúde durante a entrevista, contribuía para essa cisão entre os profissionais. Dada a grande demanda de casos atendidos em ambulatório, as equipes técnica e médica se absorvem nesses atendimentos, que acontecia no andar superior da unidade, diminuindo sua aproximação e participação no cotidiano dos usuários que passam o dia na unidade (Hospitalidade dia ou Acolhimento integral), que permaneciam aos cuidados mais gerais da equipe de enfermagem no andar

inferior. O próprio fluxo de entrada e saída da unidade era feito por diferentes portas, situadas no andar superior e outra no inferior.

A casa onde funcionava o NAPS II durante a pesquisa estava em condições de manutenção bastante precárias, tornando alguns espaços inseguros, motivo que causou grande repercussão nos meios de comunicação da cidade e nas discussões do Conselho Municipal de Saúde. A unidade então passou por uma mudança de localidade. Foi um processo demorado, da localização de um imóvel que comportasse as necessidades dos usuários atendidos, o fluxo de atendimentos e que estivesse inserido no mesmo território de abrangência. Este novo local passou por reformas para melhor adequação e iniciou seu funcionamento nos momentos finais desta pesquisa. As expectativas são de que o novo espaço possa favorecer a aproximação da equipe e comporte as necessidades cotidianas.

Além do espaço físico, um elemento favorecedor de processos colaborativos é o diálogo. Ayres (2007, p. 58), ao se referir à importância do diálogo, como elemento central no manejo do adoecimento, propõe que seu sentido mais potente é a fusão de horizontes: "isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido".

Em relação às formas de diálogo desta equipe, pode-se selecionar a reunião geral como momento favorecedor. Atualmente as reuniões gerais de equipe ocorrem semanalmente e são percebidas positivamente pela maior parte dos entrevistados, que participam prioritariamente dessa atividade em detrimento a outras no período:

“Eu acho superimportante reunião, porque você fazer, fazer, fazer, fazer e não pensar no que faz é manicomial, é horrível e angustiante, adoce as pessoas. Por mais que às vezes sejam cansativas as reuniões, é o tempo que você tem pra pensar a respeito do caso, pra trocar com o colega, até pra aprender às vezes, se alguém sugerir alguma coisa.” (E3)

“Se você tá revendo suas condutas, você vai ver acertos e erros. Se você vai ver erros e se preocupa com seu trabalho, você vai ter angústia. Mas é uma angústia produtiva. As reuniões promovem a angústia, porque a gente revê a nossa prática, mas a gente colhe bons frutos. É angustiante porque são vários tipos de saberes, então você tem que conciliar o teu saber com o do outro e isso é angustiante. Mas fica por inteiro, não fica em pedacinhos, fica mais produtivo com os outros olhares. Mas tem que saber lidar com as outras opiniões, com as outras visões.” (E7)

As reuniões gerais nem sempre contam com a presença dos técnicos de enfermagem, tanto pela demanda de trabalho como pelo reduzido número de funcionários. Além desses, não participam profissionais do período noturno, também componentes do corpo de enfermagem. A ausência desses profissionais nas reuniões pode favorecer o distanciamento pessoal entre os profissionais, além de comprometer a produção de ações coletivas para os usuários, influenciando negativamente na construção do Projeto Terapêutico Singular. O reflexo desse distanciamento foi observado através das entrevistas, onde questionamentos sobre o papel dos profissionais e suas atribuições na equipe, demonstram o valor que eles identificam sobre sua participação nas reuniões de equipe:

“Olha, eu não vou mais. Devido assim, coisas minhas, que eu achei que não estava certo e não queria me aborrecer. Então, eu quis continuar o meu trabalho, mas eu não participo. Eu acho que a gente era muito mais ouvida aqui.” (E1)

“Sempre que eu estou de plantão eu gosto de participar... Eu acho bom pra conhecer e também pra expor, como eu fico mais tempo com eles, se tem algum outro problema eu posso falar na reunião. O fato de não ser muito ouvido eu acho que às vezes acontece.” (E2)

Há dificuldades também na participação do corpo médico durante todo o período da reunião, pois com carga horária reduzida, precisam atender à demanda de usuários que necessitam de manutenção ou (re) avaliação medicamentosa. Os funcionários da equipe administrativa/recepção também raramente estão presentes, como é observável nos relatos a seguir:

“Outra dificuldade é fazer com que os médicos participem, é sempre um desafio. (...) tem que fechar agenda e mesmo assim às vezes não tem agenda, mas tem algum motivo pra não estar presente pra reunião. Acho que também os técnicos de enfermagem deveriam participar e o pessoal do administrativo também. A gente não tem conseguido isso... às vezes por falta de equipe e às vezes porque eles também não são motivados e incentivados a participar. Quando participam, eles se comprometem mais com o trabalho. Tem sempre o pessoal do noturno que nunca vai estar. Eu ainda trabalhei numa época em que não tinha plantão fixo, então isso fazia com que todo mundo tivesse na reunião em algum momento. Então a gente vê que era diferente mesmo.” (E3)

“É angustiante trabalhar sozinho. Se não participa dos momentos de trocar e dividir opiniões, fica sozinho, isolado e perdido. Sinto falta do administrativo também,

que não participa, pelo volume e demanda. Recepção é a porta de entrada, é aonde já vem logo os sintomas que os pacientes estão tendo e como não participam da reunião não tem muito entendimento do porque disso e também como lidar com isso. Os médicos participam, não tanto quanto deveriam, ou poderiam, mas participam, estão em todas as reuniões mas não ficam o tempo todo, mas colaboram muito quando participam.” (E7)

“Então eu sento, atendo consultas e o tempo de trabalho se vai todo nessa ação, enquanto todas as outras ações eu não consigo realizar, é muito difícil. (...) eu poderia estar desenvolvendo alguma outra atividade com os pacientes que ainda não é realizada, poderia estar fazendo visita domiciliar, poderia participar mais das reuniões. É isso. Eu considero essencial sim o ato médico da consulta, da prescrição, mas essa é a única coisa que eu consigo fazer de fato e é frustrante.” (E10)

Além da reunião geral de equipe, há momentos reservados ao diálogo, que se realizam todos os dias, que são reuniões de uma hora de duração entre a troca das equipes, chamadas de “passagens de plantão”, de modo a contemplar as equipes da manhã e da tarde. Elas acontecem de forma mais objetiva e resolutiva, relacionada às situações ocorridas naquele dia ou casos que mereçam uma atuação imediata. As deficiências desses encontros em relação à ausência de funcionários de todas as áreas e o potencial reflexivo sobreposto pela resolução pragmática de problemas impedem ou dificultam que os casos possam realmente ser refletidos de forma construtiva.

Apesar da premissa da realização de um trabalho interdisciplinar, pode-se observar nessa segmentação, que parecem assumir-se relações de hierarquia e de exercício de poder em relação às condutas e ações oferecidas ao usuário do serviço. A equipe, em suas subdivisões (equipe médica, equipe técnica, equipe de enfermagem e equipe administrativa), evidencia as relações dos membros de cada subgrupo entre si e com integrantes das outras categorias. As falhas de comunicação entre todos os trabalhadores, observada principalmente pela não participação de todos nos momentos reservados ao diálogo (reuniões gerais e passagem de plantão), apontam para o afastamento da prática integrada que se defende:

“Eu gostaria que a equipe se tornasse mais unida. Mas uma equipe ela tem que ser motivada. Se a equipe não for motivada não dá.” (E1)

“Pra mim não existe nenhuma possibilidade de fazer trabalho num CAPS se não tiver um funcionamento de equipe interdisciplinar. Nem sempre a gente funciona

como uma equipe inter, às vezes tem mais fragmentação dentro da equipe, mas tem uns movimentos às vezes que são legais... ai tem uns retrocessos. A gente vai indo, mas eu acho que sim, tem alguns momentos em que a gente se sente mesmo numa equipe e tem um compartilhamento interessante de informações, que é quando a gente tem mais potência no trabalho.” (E3)

“Eu não passo só remédio, eu faço acolhimento, escuta. Eu tenho bons resultados no geral, mas é um desgaste muito grande porque você se frustra, você não tem apoio, você esta meio que sozinho.” (E10)

A reflexão do trabalho em saúde modifica padrões pré-estabelecidos e reforça a impossibilidade de predeterminar ou prever as atividades e os resultados do processo. Para isso, é importante lidar com certo desconforto que pode surgir entre os trabalhadores, sobretudo quando não estão acostumados a refletir sobre si mesmos e sobre o seu trabalho (PEDUZZI, 2003).

O cotidiano de trabalho apresenta outras dificuldades relatadas pela equipe, relacionadas às possibilidades de concretização de seu trabalho pelo cuidado em saúde, que envolvem questões de aumento da demanda de trabalho e pouco investimento em recursos disponíveis, dentro das possibilidades do município. A implicação destes profissionais com seu trabalho e desenvolvimento de suas ações muitas vezes parece prejudicada pelo sentimento de perda de potência para criação com baixa disponibilização de recursos para tal:

“O cotidiano é superintenso, cheio de coisas, a gente tá sempre com mais coisas pra fazer do que tempo pra poder fazer. A gente sempre larga coisas no caminho. Apesar disso, é um cotidiano bastante dinâmico, que acaba mudando de acordo com a época, ou o contexto da unidade, o que tá acontecendo.” (E3)

“Eu acho que vai muito de cada um, o comprometimento pessoal de cada um mesmo. Quando eu entrei, aos 20 anos, eu tinha outra pegada, muita garra, eu brigava muito. Hoje em dia eu não consigo mais, você vê tanta apatia a tua volta, tanta falta de vontade de ajudar, de fazer que dá desgosto.” (E6)

“Então é falta de recurso, falta de lugar pra encaminhar, falta de passe de ônibus pro paciente ir e vir, é falta de cursos, falta de acolhimento nas outras unidades de saúde, falta de tempo pra atender.” (E7)

“Os desafios são o investimento mínimo, ou quase nenhum, no profissionalismo. Eu percebo muito resultado da minha prática profissional com os

usuários, mas essa prática é uma prática suada, forçada, pela boa vontade da equipe e do profissional.” (E9)

“O que eu acho importante é ter coesão dentro da equipe, teria que ter mais tempo para discutir os casos. Agora, com a equipe que a gente tem, numericamente falando, a gente não consegue fazer nada, a gente tem que escolher os casos mais difíceis, mais graves, ou mais urgentes e tentar fazer alguma coisa.” (E10)

“A dificuldade é que nós somos poucos, é uma equipe reduzida e essa carência de material de trabalho e pouco apoio das instancias superiores a nós. Somos muito exigidos, mas não temos apoio nenhum.” (E10)

Os profissionais pareceram ressaltar nas entrevistas muitas das dificuldades que enfrentam no cotidiano de trabalho, aparentando encarar esta possibilidade de participação em uma pesquisa científica como uma forma de chamar a atenção para os recursos disponibilizados ao desenvolvimento de seu trabalho, que eles consideram insuficientes, na tentativa de conseguir chamar a atenção para esse aspecto e de alguma forma receber auxílio para superar essas necessidades, alcançando o que consideram ser essencial para sua prática.

Uma questão trazida por alguns entrevistados está relacionada ao possível adoecimento causado pela atuação profissional. Durante o processo de seleção dos profissionais a serem entrevistados, não foram considerados os profissionais que se encontravam em licença médica e não foi possível determinar se há relações causais desses afastamentos com a atividade de trabalho, porém, há relatos que demonstram a angústia dos profissionais, frente às frustrações do cotidiano, relacionadas às condições de trabalho:

“Já ouvi funcionário falar que aqui se não é, fica louco e eu falei: “-olha eu não aceito isso, porque eu não to ainda”. Eu vou aposentar bem. Porque se você faz alguma coisa com amor, se você trabalhar no que você gosta você não enlouquece. Agora se você faz as coisas de qualquer jeito ou vem pra cá porque não tem outro lugar pra ir... tem gente que não gosta de trabalhar aqui. Pra trabalhar aqui tem que ter um suporte...” (E1)

“Tem pessoas que estão adoecendo na rotina do dia a dia e isso me deixa muito triste e eu também já estou adoecendo.” (E4)

Apesar de ressaltarem as deficiências do dia a dia, os profissionais também valorizam e reconhecem momentos em que se discute e compartilha. De certa forma,

apesar das dificuldades de comunicação, sentem-se parte integrante de uma equipe, que percebe a sua potência:

“A equipe é bacana, o pessoal é bem legal, às vezes assim, estão insatisfeitos... a conversa é importantíssima.” (E6)

“A equipe trabalha muito bem junta. Todo mundo pelo mesmo objetivo, divide, senta, acho que a equipe trabalha bem coletivamente sim, uns setores mais próximos que outros, é muito segmentado, a enfermagem é mais unida com a enfermagem, os técnicos com os técnicos, administrativo com administrativo, mas mesmo entre as equipes tem troca. Não é o ideal, mas é uma boa unidade que trabalha em conjunto sim.” (E7)

“Se a gente não trabalhar em equipe, a gente não consegue solucionar muita coisa, porque um sempre depende do outro, quer queira quer não. Devemos estar em equipe mesmo, tentando solucionar os problemas porque têm coisas difíceis de resolver e muitas coisas a gente não consegue resolver sozinho.” (E8)

Uma melhor organização do trabalho permite a cooperação e, conseqüentemente, o trabalho individualizado se torna impraticável. As equipes que têm maior clareza sobre as práticas colaborativas estão mais preparadas para atuar também no trabalho em rede, com outros profissionais e equipes. O trabalho em rede se torna fundamental, alinhado com a política da integralidade preconizada pelo SUS. Os fluxos assistenciais precisam estar centrados no usuário, facilitando o seu percurso e acesso a outros níveis de assistência, sendo o Projeto Terapêutico Singular o fio condutor desse cuidado integral.

A escassez de capacitações é tema frequente nas questões que abordam as dificuldades do cotidiano de trabalho, trazida por todos os profissionais entrevistados. Considera-se insuficiente o oferecimento de espaços de discussão e de momentos de ensino/aprendizagem e não é oferecida até o momento, supervisão institucional para a equipe:

“Eu acho que tem que ter educação continuada aqui. Seja específica pra enfermagem ou não, porque a dinâmica é outra. Pra trabalhar aqui na saúde mental, eu vejo que é muito diferente, não é técnica. A gente não faz um curativo! É um curativo simbólico, não é técnica, então a gente vai desaprendendo algumas coisas. Mas ao mesmo tempo a gente aprende muito como lidar com o ser humano.” (E2)

“Terapia é um investimento pessoal. Mas entendo que a instituição, seja qual for, tem a obrigação de pagar supervisão. Porque a supervisão não é um investimento

peçoal, apesar de trazer ganhos pessoais e profissionais. Mas é um espaço de reflexão do trabalho na unidade...” (E7)

“Estão exigindo o PTS, mas ninguém sentou pra ensinar isso, tem gente que não tem a mínima noção porque não teve capacitação pra isso. Ninguém sentou pra explicar o que é o PTS... ninguém sentou pra ver como a gente faz a triagem... questões que coloquem alguma forma razoavelmente padronizada de trabalho.” (E7)

“É que a gente é teimoso, continua estudando por conta própria, continua lendo, fazendo cursos... a gente tem boa vontade. A nossa faculdade não dá embasamento pra tudo isso, a gente tem que procurar, porque se não a gente não tem.” (E9)

“Esse trabalho poderia ser muito melhor se houvesse um aprimoramento da equipe, uma capacitação, porque é uma equipe muito boa, muito capaz, mas ela se perde por estar desgastada e por não ter nenhum incentivo da coordenação.” (E9)

Torna-se evidente na questão do trabalho em equipe que os profissionais identificam a necessidade de processos de Educação Permanente voltados ao desenvolvimento dessas noções. Segundo Feuerwerker (2014, p. 97), refletir sobre o cotidiano de trabalho e suas interfaces em momentos de troca e construção coletiva, pode caracterizar um momento de Educação Permanente:

Na educação permanente em saúde, o processo de trabalho é tomado como objeto da reflexão participativa e ativa pelos trabalhadores. É a partir da realidade, de suas práticas, das concepções que portam e de suas relações de trabalho que se constroem os processos educativos. (FEUERWERKER, 2014, p.97).

No trabalho em saúde, tem-se em mente que o usuário deve ser considerado protagonista de seu processo de cuidado, participativo nos momentos de construção e desenvolvimento de ações de um projeto de organização de vida pensado coletivamente. Para Cecílio *et al.* (2014), os usuários são capazes, a partir de suas experiências com a doença e o sofrimento, de produzir um saber assessor ao saber do profissional, com força suficiente para orientar profundas transformações nos modos de se pensar e organizar o cuidado:

...não há paciente que, de uma forma ou de outra, não exercite seu posicionamento diante da doença: ao elaborar suas explicações do adoecimento, seja utilizando fartamente o modelo biomédico, com maior ou menor precisão, seja produzindo explicações de ordem mais

“subjetiva” (“*essa minha doença veio do tempo que cuidei da minha mãe doente*”), seja ao procurar estabelecer vínculos com profissionais que funcionem como referência ou uma espécie de “salvo-conduto” ou chave para acessar os recursos necessários para o seu cuidado; ao ir produzindo um aprendizado, muitas vezes na base da tentativa e erro, quase sempre compartilhado com outras pessoas vivendo problema parecido com o seu. (CECÍLIO *et al.*, 2014, p. 1510).

Cecílio *et al.* (2014), conceituam como o “agir leigo” a constituição em torno dos elementos que compõem o posicionamento do usuário quando colocado em relação com os profissionais de saúde, em todos os contextos terapêuticos em que se situa essa relação. Ou seja, um conhecimento válido e produzido a partir das experiências sociais vivenciadas pelos usuários na busca pelo cuidado à saúde e, portanto, não referenciado necessariamente a uma área de conhecimento científico ou profissional especializado. Para os autores, a composição da regulação leiga com a regulação profissional é determinante para o sucesso do cuidado.

Todos os profissionais entrevistados, sem exceção, referem necessidade de capacitações que possam basear sua oferta de ações de cuidado. Porém, pode-se pensar que estes profissionais, mesmo detentores de um saber especializado, também possuem um rol de experiências que podem produzir um posicionamento transformador frente às situações de sofrimento na vida dos usuários com quem se relacionam no seu cotidiano de trabalho. Portanto, mesmo sem a aquisição de conhecimentos específicos, tem a capacidade de gerar cuidado através de seu conhecimento prévio e experiências de vida.

Um dos momentos em que os processos de aprendizagem podem ser desenvolvidos é a própria reunião de equipe, como momento de trocas e diálogo, valorizando os saberes de todas as áreas, numa construção única:

“Deveria ser momentos de educação permanente em saúde... a gente devia conseguir fazer um pouquinho disso... ou muito disso.” (E3)

Apesar das dificuldades relatadas pelos profissionais, referente à comunicação, demanda de trabalho, escassez de recursos e consenso na construção e desenvolvimento dos PTS elaborados, a grande maioria apresenta o reconhecimento das conquistas geradas pela sua atuação:

“Pra mim o maior ganho é ouvir o que está afligindo e depois ver que ele muda! Sabe, é uma coisa tão simples. Poxa, é tão pouco de mim, a gente não dá nada, só dá um pouco de atenção.” (E2)

“... eu vejo que a gente tá num momento de equipe que a gente teve alguns ganhos, a soma das nossas ações, das atividades que a gente propôs acho que causou uma transformação, então quando eu olho pra um tempo recente atrás, eu vejo os próprios usuários que estão com a gente todos os dias, que eles melhoraram, que estão melhores em vários sentidos, assim, não de sintomas, mas com outras questões, nas relações afetivas, na expressão, na dinâmica do relacionamento interpessoal, ou mesmo entre eles assim tem, um grande laço afetivo, é um grupo em que tem muitas pessoas que são amigas, companheiras e solidárias. Eu acho que isso são ganhos que a gente tem.” (E3)

“Uma das formas de minimizar o sentimento de angústia e o sentimento de impotência é buscar evoluções dos pacientes. Eu preciso procurar avanços, pra que me dê forças.” (E7)

Com a reflexão dos trabalhadores em sua atuação em saúde mental e como as relações de equipe podem influenciar no seu processo de trabalho, parte-se para a discussão, neste contexto, de como se dá a relação dos trabalhadores e usuários na construção e desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, mas não sem antes compartilhar uma pequena narrativa construída em diário de campo sobre as potencialidades do trabalho realizado em equipe e rede, na efetivação de práticas de cuidado.

4.1.1 Um caso compartilhado

Foi em uma reunião de equipe que me ofereci para assumir como referência esse caso, que borbulhava nas reuniões de matriciamento às quais uma colega frequentava numa policlínica do território de abrangência e trouxe para discussão. Era uma situação preocupante: vivia sozinha, com muitos problemas de saúde e sem adesão adequada a nenhum tratamento. Estava sem profissional de referência pela saída de uma pessoa da equipe e desde então estava frequentando o NAPS somente para consultas e para pegar medicação, sempre em situação de encaixe ou emergência, pois nunca cumpria os combinados.

Veio jovem para São Paulo, com a promessa de encontrar trabalho, como muitas mulheres nordestinas que se arriscam pelo sonho de conseguir sustentar a família. Sua história para mim era pouco conhecida, mesmo observando registros em prontuário, apesar de tantos anos em que começou o tratamento na unidade. Hoje em

dia ainda considero que pouquíssimo conheço de sua experiência, mesmo depois de tantas longas conversas que nos proporcionamos.

De personalidade forte e justa, já foi sindicalista ativa, mas as relações pessoais conturbadas com os colegas, marido e filha e as complicações de saúde que se seguiram só contribuíram para que se tornasse uma pessoa sozinha. Além da depressão, os problemas vasculares, artrose e diabetes comprometeram ainda mais sua condição de autocuidado ao longo dos anos.

E foi assim que eu a conheci. Ela morava com sua companheira felina, a Nega, em um quarto de cortiço bastante bagunçado e sem higiene adequada. Essa gata era sua única companhia verdadeira, para quem ela preferia comprar ração ao invés de comida para si própria. Tem grande dificuldade de caminhar, mesmo utilizando uma bengala, pelas limitações físicas e pela importante perda de visão causada pelo diabetes. Chorosa, sempre trazendo queixas financeiras, físicas e de relações pessoais. Era difícil conversar, pois pouco ouvia, então a princípio decidi que só iria escutar e acolhe-la. Com o tempo, soube que já teve uma relação mais próxima com a equipe do NAPS. Seu talento em atividades artísticas era desenvolvido em muitas oficinas, mas também houve alguns conflitos com a equipe tempos atrás. Fiquei com a impressão de que sua recusa orgulhosa em voltar a frequentar o espaço, associada ao agravamento de suas dificuldades e um esgotamento dos investimentos dos profissionais tinha acabado por afastar essa relação. Senti que os preconceitos que pudessem ter sido construídos por qualquer um dos lados não me afetariam. Para ela eu não fazia parte da equipe que a afastou e ela era para mim um desafio.

Havia um grande investimento feito pelos profissionais da atenção básica, mesmo com a limitação de recursos para oferecer cuidados a ela. A Universidade também, em sua proposta de ensino em saúde pela prática, oferecia alunos que começaram a acompanhar o caso. Aliei-me a este grupo de alunas, na discussão de propostas de cuidado.

Com o tempo, o caso ia sendo discutido e rediscutido em reuniões na atenção básica, no NAPS e com as estagiárias da UNIFESP. Ao saber que o acompanhamento das estagiárias tinha uma data limite, fui priorizando mais visitas e atendimentos de escuta e acolhimento quando ela aparecia na unidade. Ela também passou a me procurar mais, aceitando ir à unidade com mais frequência, nem que fosse para fazer as refeições.

Suas demandas de saúde se agravaram cada vez mais, até o ponto que foi identificado uma necessidade de internação. Foi internada no Pronto Socorro, onde permaneceu por algum tempo, sempre com visitas de profissionais da atenção básica e da enfermeira da nossa unidade, que se tornou minha parceira para acompanhar questões clínicas tão complicadas. Passou um período em observação no NAPS, após grande discussão da equipe, que em parte, não compartilhava a princípio da opinião de que ela necessitava permanecer na unidade para cuidados mais próximos.

Aos poucos, foi se aproximando mais de outros profissionais, aos quais ela hoje chama de “anjos”. Voltou a morar com sua Nega e atualmente, com nosso suporte não perde mais nenhuma consulta, garantindo que mesmo de forma segmentada por tantas especialidades (clínico, oftalmologista, vascular, ortopedista e fisioterapeuta), tenha um cuidado integral a todas as suas questões de saúde. Combinamos, devido sua dificuldade de deambulação, uma frequência na unidade que ela consegue cumprir. Retomou seus documentos e a vontade em fazer seus artesanatos. Mesmo sendo uma pessoa muito crítica, fez parcerias com outros usuários que frequentam a unidade, com os quais ela conta e tem amizade.

Hoje, não vejo mais as lágrimas que ela trazia sempre. Ganho “um cheiro no pescoço” e um sorriso largo ao mostrar como está caminhando cada vez melhor. Parece que retomou de vez sua vida. É claro que tem seus altos e baixos, alguns dias está mais queixosa e provocativa com as pessoas que não se identifica, mas os ganhos de autonomia estão cada vez mais aparentes.

Retomamos em reunião recentemente o sucesso que as intervenções feitas de maneira compartilhada, com discussões entre usuária, equipe do NAPS, equipe da atenção básica, do pronto socorro e da universidade, conseguiram conquistar. É muito bom perceber que mesmo em situações difíceis, podemos ter sucesso quando se constrói em conjunto e essa percepção traz à luz a potência das equipes de cuidado no território e do trabalho em rede.

4.2 O cuidar e os projetos de vida

A reflexão sobre as experiências concretas permite observar as mudanças efetivas que o modelo de atenção psicossocial pode promover no encontro entre trabalhadores, usuários dos serviços de saúde mental e comunidade. Nesse sentido,

o entendimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como diretriz de cuidado pode funcionar como um analisador.

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe que leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2013). A noção de singularidade se refere à especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa ou um coletivo:

Tendo em vista que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera, devemos em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao conjunto dessas esferas, em uma abordagem integral, e assim identificar quais transformações ocorreram, como cada mudança influenciou em cada uma das esferas, quais correlações estão estagnadas ou ameaçadas, enfim, o que está provocando adoecimento e o que está em vias de causar adoecimento. Da mesma forma, devemos identificar que esferas ou relações que propiciam mais movimento, estabilidade e coesão ao conjunto. Poderemos então elaborar estratégias de intervenção em algumas ou várias dessas esferas, dentro de uma sequência temporal, e buscando reintroduzir uma dinâmica de dissipação das forças entrópicas para reduzir o sofrimento e promover a retomada da vida. O esforço em realizar esse exercício com os usuários e os familiares pode se chamar de Projeto Terapêutico Singular. (BRASIL, 2013, p. 32).

À medida que as pessoas interagem com os ambientes em que vivem, as esferas de vida vão se constituindo e formando sua própria história, cada uma seguindo uma dinâmica singular, de um modo de viver específico. Paralelamente, as esferas se influenciam e cada uma influencia neste conjunto que é a pessoa, ou seja, são interdependentes (BRASIL, 2013).

Um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado, composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa e deve ser elaborado com o usuário, a partir da percepção do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. É um processo dinâmico, com caráter provisório de construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação (BRASIL, 2013). Trata-se de algo a ser moldado e sustentado nos encontros, onde as reflexões geradas da valorização e produção de saberes tem potencial de transformar Projetos Terapêuticos Singulares em reais projetos de vida.

A utilização do PTS como dispositivo de cuidado possibilita a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde e favorece os encontros, o diálogo, a explicitação de conflitos e diferenças e a aprendizagem coletiva. Coordenar um PTS exige disponibilidade afetiva e de tempo para organizar e ativar diversas instâncias (BRASIL, 2013).

Para os profissionais entrevistados, a concepção de cuidado envolve ações como: observação, acolhimento, promoção de autonomia e inserção social, garantia de direitos de cidadania, ações de higiene/alimentação/uso correto de medicação, promoção de bem estar, apoio e conscientização. O cuidar é atribuído como o objetivo do CAPS e, portanto, esses componentes podem ser considerados como norteadores para as ações de trabalho no dia a dia dessa unidade.

No que diz respeito à equipe de enfermagem (nível técnico e superior), percebe-se que são consideradas como ações essenciais de cuidado, principalmente as relacionadas à medicação, alimentação e higiene, aliando a estas, observação e escuta, a fim de suprir demandas relacionadas ao cotidiano. É um cuidar próximo, que envolve questões práticas do dia a dia, principalmente relacionadas ao autocuidado, moradia, saúde física e relacionamentos interpessoais. Observa-se nos relatos a importância do afeto na relação com o usuário do serviço, como condição essencial para a (re) produção de cuidado. Apesar da importância de suas ações dentro do processo complexo de desenvolvimento do PTS, é possível identificar nos relatos destes profissionais, um “objetivo maior”, relacionado à autonomia e inserção social, porém como um ideal distante, do qual se percebem como atores secundários no processo:

“A gente incentiva pra tomar banho, incentiva a cuidar das próprias coisas. Incentiva também eles a saírem, que seja acompanhado, pra comprar alguma coisa. E também a estimular eles a irem aos grupos... Mas é isso, é mais motivacional e na minha concepção a medicação vem como um complemento do tratamento. Aqui é pra dar atenção, pra dar suporte. Sem medicação também não dá, mas eu vejo assim. (...). Então pra mim o cuidar é gostar! É querer ficar junto, é querer acolher. Sabe, eu gosto das pessoas. O cuidar pra mim tá junto com o gostar. O NAPS, o que eu acho bacana é o seguinte: pra saúde mental, o último estágio é libertar, o intuito do NAPS é fazer com que eles voltem a se socializar, que eles tenham autonomia.” (E2)

“Eu acho que tudo que a gente faz é paliativo. Na verdade o trabalho da enfermagem é paliativo, pensa, a gente ajuda a tomar banho... o trabalho efetivo assim

é do psicólogo, é dos técnicos, esse negócio de trabalhar e pensar em como a pessoa vai se virar lá fora daqui. O trabalho da enfermagem é dar um apoio, pra nós não tem um projeto que a gente vai seguir, a gente ajuda a executar o que é planejado na verdade.” (E6)

“Faço atendimento individual, orientação quanto aos vários cuidados, higiene, alimentação também ou sobre a medicação que também tem sempre que estar orientando...” (E8)

Já em relação ao restante da equipe entrevistada, o cuidar parece envolver um planejamento “relativamente mais complexo”, abrangendo também esferas que exigem mais interação com o território, como questões financeiras, de trabalho e lazer. Pode-se entender que essas diferenças nas ações proporcionadas podem estar relacionadas com a formação para atuação em saúde mental, mas que principalmente pode estar relacionada à divisão de trabalho na equipe dessa unidade:

“Pra mim eu acho que é esse o objetivo do CAPS, conseguir fazer com que o cuidado que a gente oferece pra pessoa, que ela possa ter ganhos de autonomia e inserção social. Eu acho que o objetivo do CAPS é esse: o cuidado no território, aberto, que não fique fechado dentro da instituição... que recupere os poderes das pessoas, nas suas relações sociais, afetivas ou sobre os direitos das pessoas” (E3)

“Pra mim, cuidar é promover autonomia das pessoas...” (E7)

“Tentar de uma maneira adequada para o usuário, coloca-lo novamente na vida social, ajudando ele a se organizar na vida... toda a vida né, porque a gente trabalha com um ser total e com a vida dele girando em todos os sentidos, apesar de todos os preconceitos que a gente encontra.” (E9)

É imprescindível ressaltar que todas as ações desenvolvidas por todos os profissionais da equipe são complementares e interdependentes na elaboração e desenvolvimento de um PTS, pois sem atenção a situações que podem ser interpretadas como mais “simples”, como uma orientação para o autocuidado, não seria possível desenvolver ações relativamente mais “complexas” relacionadas à busca por atividade laborativa, por exemplo. Todas as ações desenvolvidas, de acordo com as demandas do usuário tem um importante papel no desenvolvimento do cuidado à saúde integral daquele sujeito e na produção de autonomia e inserção social:

A divisão técnica do trabalho resulta na fragmentação de práticas e exige um custoso esforço gerencial de coordenação dos trabalhos e da comunicação entre os vários profissionais. A divisão social do trabalho resulta em tensões decorrentes das diferentes valorizações – incluindo as remunerações e os status de poder e autonomia – dos diferentes trabalhadores, embora o trabalho de todos seja anunciado como igualmente imprescindível para a “finalização” do cuidado. (CECÍLIO, 2009, p. 549).

Além disso, há que se refletir se o cuidado do corpo, feito corpo a corpo, como este realizado pela enfermagem, não seria algo tão complexo como aquele que se dedica a construir um projeto de vida. Talvez o que pode tornar o trabalho mais simples ou mais complexo na opinião dos trabalhadores, seja a fragmentação e a cristalização dos papéis de cada um, não estando exatamente relacionado a alguma intervenção específica. Essa segmentação de papéis pode inibir a produção dos processos compartilhados e a valorização de cada ação desenvolvida pelo cuidado.

Quando falamos da valorização de ações de saúde, devemos pensar nas tecnologias disponíveis para que os trabalhadores lidem com o usuário, familiar e comunidade de maneira a produzir cuidado. Quando falamos em tecnologias em saúde, é possível imaginar aparelhos, instrumentos e medicamentos, porém, essa definição também engloba o conhecimento aplicado, relativo a um saber fazer específico. No trabalho em saúde, um dos aspectos fundamentais é saber se relacionar com os usuários. Escuta, interesse e construção de vínculos de confiança fazem parte das ferramentas que permitem a produção de relações envolvidas no encontro entre trabalhador e usuário.

Merhy (1997) propôs uma subdivisão das tecnologias em saúde em: a) *Tecnologias duras*: representadas pelos equipamentos, máquinas e instrumentos; b) *Tecnologias leve-duras*: habilidades e conhecimentos técnicos mais estruturados, como por exemplo, protocolos; e c) *Tecnologias leves*: se referem à dimensão relacional, ou seja, lidam com a subjetividade, correspondendo às maneiras que cada trabalhador tem para estabelecer o vínculo e demonstrar atitudes de cuidado, acolhimento e escuta. Essas ferramentas possibilitam captar a singularidade, o contexto, os modos específicos de vivenciar determinadas situações. Merhy (1997) relata que a tecnologia leve deve estar a serviço do usuário, percorrendo os processos de cuidado.

A escuta e os vínculos surgem como ações terapêuticas na construção e promoção do cuidado. A participação e as necessidades do usuário se sobressaem,

assim como a possibilidade de o próprio usuário direcionar as estratégias a serem utilizadas. Campos (2003) refere que o vínculo faz parte do arsenal tecnológico da terapêutica, assim como a responsabilização e o acolhimento.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários modifique as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar: o de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

O acolhimento realizado nas unidades possibilita a formação de vínculo entre profissional e usuário. A equipe pode oferecer desde o primeiro contato, um espaço de escuta a usuário e familiares, de modo que sintam acolhidos e percebam que a unidade está disponível e disposta a cuidar de forma compartilhada com outros serviços. Estes encontros oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território e, a partir disso, a equipe pode criar recursos coletivos e individuais de cuidado necessários para acompanhamento e suporte de seus usuários e comunidade (BRASIL, 2013).

Nessa unidade, quem realiza o acolhimento inicial às pessoas em sofrimento mental são os técnicos de nível superior e também os acompanhantes terapêuticos (AT). Neste momento são realizadas as primeiras ações de cuidado. Eles também se referem ao acolhimento inicial como “triagem”, visto que neste momento também é avaliada a necessidade real de acompanhamento terapêutico psiquiátrico.

O cargo de acompanhante terapêutico (AT) tem como exigência de contratação o nível médio de formação escolar, porém os profissionais que ocupam estas vagas na unidade possuem nível superior. Em estudo feito por Londero e Pacheco (2006), aponta-se que o trabalho do acompanhante terapêutico é percebido como coadjuvante no tratamento, mas exerce um papel de crucial importância, por atuar diretamente no ambiente em que o usuário está inserido. A concepção do profissional representante desta categoria entrevistado sobre sua função é a de que seu trabalho deveria estar focado apenas no desenvolvimento de ações grupais ou externas. É importante refletir que estas ações podem ser desenvolvidas por todos componentes da equipe, porém o profissional entrevistado acredita que seu trabalho deveria ser exclusivamente voltado a elas:

“Como AT eu não deveria pegar referências individuais, meu trabalho deveria ser em grupo, promovendo grupos, oficinas, ou individual, mas com atividade externa,

ajudando o paciente a desenvolver alguma ação, o acompanhando de uma forma terapêutica a ação que ele for fazer. Mas pela necessidade, pela minha facilidade, mas muito mais pela necessidade, eu aqui acabo atendendo individualmente alguns pacientes, tendo referências...” (E7)

Neste momento inicial de criação de vínculo entre sujeito e unidade de saúde, geralmente é definido que o técnico que acolheu aquele usuário servirá como referência para traçar e acompanhar os planejamentos de ações de cuidado iniciadas neste encontro. Para Boccardo *et al.* (2011), um dos mecanismos necessários apontados para o desenvolvimento e gerenciamento do cuidado, seria um modelo organizacional baseado no profissional de referência ou equipe de referência. O profissional de referência foi uma invenção e estratégia desenvolvida desde os primeiros momentos da experiência santista (NICÁCIO, 1994). A referência é vista pela equipe como o elo com o usuário, considerada a principal responsável pela elaboração e acompanhamento do cuidado com aquele indivíduo, no qual os outros profissionais atuariam como apoio para realização das ações elaboradas.

Para Oliveira (2010), a concepção de projeto terapêutico em muitas experiências no campo da saúde mental está vinculada à noção de profissional de referência, como aquele que assume a gestão do cuidado. Cabe ao técnico de referência traçar junto aos usuários e familiares, as condutas quanto ao cuidado à saúde. Na maioria das vezes, é o responsável por resolver pendências, como emissão de relatórios, escuta e orientações para queixas em geral, elaboração de cronograma de permanência na unidade e contato com familiares, entre outras tarefas.

Oficialmente o profissional de referência é o técnico de nível superior que realizou o acolhimento inicial, mas em alguns casos, o desenvolvimento do vínculo pode se dar com outro profissional. Nicácio (2003) relata na experiência intervencionista santista, a construção dos projetos terapêuticos com uma dupla de referência, formada por um trabalhador universitário e um auxiliar de enfermagem. O cuidado, segundo ela, era produzido na relação, no diálogo com as exigências, necessidades, afetos e conflitos que emergiam no processo terapêutico. Atualmente os técnicos de enfermagem não participam mais como correferências, assumindo um papel de apoio no processo de cuidado, como vemos nos relatos:

“Antigamente a enfermagem também era referência porque nós atendíamos junto com os médicos. Mas aí a gente começou a ver que era muita coisa pra gente drenar e que nós não tínhamos preparo pra isso.” (E1)

“Às vezes eu quero ajudar. Se eu converso muito com o paciente e ele pede alguma coisa e no meu entendimento isso não vai prejudica-lo, eu abraço, eu apoio... só que às vezes a referência não concorda com isso, às vezes tem embate, fica parecendo que na verdade eu to querendo atrapalhar um trabalho que vem sendo construído há um tempo e a intenção nunca é de atrapalhar, e sim de somar ao que a referência vem fazendo.” (E2)

O conceito de profissional de referência é utilizado nessa unidade, principalmente para os casos ditos mais graves ou que demandam mais ações de cuidado. A grande maioria dos usuários que permanece em Hospitalidade dia na unidade realiza tratamento há muitos anos, sendo muitos deles egressos do antigo hospital Anchieta. Eles apresentam questões de vulnerabilidade bastante significativas, relacionadas principalmente ao pouco ou nenhum suporte familiar, questões de moradia, dificuldades financeiras, exclusão social e rede social empobrecida:

“A referência, no meu ver é a pessoa mais próxima do usuário, que tem o entendimento maior da situação dele, da vida, da rotina dele. Porque às vezes você não consegue se aprofundar na vida de todos os usuários, então por isso tem a referência, que vai estar sempre a par do que está acontecendo com ele, se tem alguma demanda ou algum problema é a referência que entra pra poder solucionar aqueles problemas, porque ela e usuário têm um vínculo maior do que com os outros técnicos... e isso é construído com o tempo.” (E8)

Se os profissionais de referência não desenvolverem um trabalho em equipe e compartilhado, podem sentir-se sobrecarregados com o número de casos que devem acompanhar. Além disso, é possível identificar nas entrevistas, condutas que podem desequilibrar a quantidade de atendimentos exigidos a certos profissionais, como a indicação para psicologia, quando os outros profissionais não se sentem preparados para lidar com certas questões do usuário. Estes encaminhamentos podem estar associados à ideia de que o psicólogo está mais preparado para escutar questões individuais complexas e subjetivas dos indivíduos, das quais alguns profissionais podem não se sentir capacitados em sua formação para tal. A equipe também se utiliza de encaminhamentos para recursos oferecidos pela comunidade em relação a grupos terapêuticos ou atendimento psicoterápico:

“Além de ter um monte de referência, temos apenas duas profissionais psicólogas, ai fica uma fila de espera que a gente nunca vai dar conta. Aí vem a

cartinha do Dr. Fulano indicando atendimento psicológico, e a gente briga com o colega porque tem que fazer o papel de pelo menos escuta, as vezes ele faz muito bem...” (E9)

É imprescindível que todos os membros da equipe possam estar envolvidos no planejamento de ações de cuidado e na construção de projetos de organização de vida, participando ativamente da construção compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares. Muitas vezes, fortalece-se o mito de que a escuta qualificada é prerrogativa de apenas uma classe profissional e de que as demais não possuem o preparo exigido para tal.

Muitas vezes, os casos atendidos em ambulatório, quando considerados mais leves ou estabilizados, acabam não sendo acompanhados por nenhum profissional de referência, se não o médico:

“Na minha opinião, (referência) serve pra que o paciente possa ser atendido nas suas demandas nas diversas situações e ser orientado por uma pessoa para tudo aquilo que ele precisar. Só que não temos condição aqui de todos os pacientes terem referência. Eu não sei aqui, mas no outro CAPS que eu atendo, eu tenho 470 pacientes, só eu, a unidade tem 2 mil pacientes ativos. Eu tenho mais referências que alguns CAPS inteiros (...) Você faz a triagem, via de regra você fica de referência. Eu não fico solicitando a referência para tudo, que a referência fique acompanhando. Eu solicito para o que? Para caso grave...” (E10)

Existe uma diversidade muito grande no que concerne à concepção de cuidado e a ideia de projeto terapêutico como arsenal de procedimentos, e não como construção de projetos de vida, está muito presente em algumas das práticas cotidianas. O projeto terapêutico às vezes pode ser entendido como aquele formulário que, além de possuir dados da história, contém as estratégias e os procedimentos da ‘clínica’, as prescrições da equipe e os contratos estabelecidos, como as atividades a serem desenvolvidas, os dias de frequência na unidade, etc. Mas ele pode ser muito mais que isso (KINKER, 2016).

Para Kinker (2016), apesar de os PTS representarem uma conquista fundamental para a qualificação do cuidado em saúde mental, ainda se faz necessário produzir uma ruptura epistemológica na relação com o sofrimento psíquico, para que eles possam atingir maior potencial de transformação. A ideia do projeto terapêutico como um conjunto de procedimentos não pode responder integralmente ao desafio de se transformar a qualidade das relações e de produzir vida, enquanto se mantém

atrelada a uma visão que simplifica a experiência do sofrimento. As estratégias de intervenção são parte de uma construção, mas elas não representam a totalidade do que seria um projeto terapêutico, enquanto reproduzir nessa limitação conceitual, a ideia de intervenção num objeto inerte, em busca de uma suposta normalidade.

Um dos riscos na construção dos projetos terapêuticos nos CAPS é estabelecer uma série de estratégias que substituem as antigas e fragmentadas intervenções disciplinares sem modificar o entendimento sobre o objeto da saúde mental. Essa troca de procedimentos, sem modificar o olhar sobre o objeto, pode fazer com que a contenção mecânica ou química como mecanismo de proteção da ordem institucional seja substituída por uma atividade recreativa ou uma oficina terapêutica, onde a invalidação da voz do usuário pode ser transferida do espaço do manicômio para o grupo terapêutico ou de orientação (SARACENO, 1999).

Evidentemente que todas as atividades sugeridas são importantes e podem compor processos potentes de transformação, se elas se dão em conexão com o contexto real e concreto de vida dos usuários, considerando suas relações, os espaços que ocupam, seus desejos e planos para o presente e o futuro. Mas, desconectadas desta realidade, podem representar formas de controle, pois não guardam em si a potencialidade de transformar a experiência de vida e a forma como o usuário do serviço vive o seu sofrimento (KINKER, 2016).

Para Kinker (2016), as mudanças das realidades prejudiciais e a construção de novas realidades estão relacionadas à construção de práticas inovadoras, novos saberes e valores, ou seja, compreendem essencialmente modificações nos fluxos de poder, na mudança de papéis, das formas de conceber o sofrimento e viver a vida. O PTS, na perspectiva do autor, é muito mais que um conjunto de estratégias e procedimentos estabelecidos pelas equipes de cuidado e pelas instituições: ele é o próprio fazer junto aos usuários e não se confunde com o conjunto de procedimentos que as unidades de saúde oferecem, embora possam fazer uso disso. Para ele, os PTS representarão muito mais formas de controle se subjugarem todas as relações a um processo prescritivo com objetivos terapêuticos, se não entenderem que a vida concreta nos territórios de existência é que compõem a complexidade do viver e do sofrimento, sendo uma fonte de possibilidades de transformação.

Em relação ao entendimento de PTS, parte da equipe apresenta um conceito relacionado à produção de cuidado, algumas vezes identificando essa estratégia como o contrato, composto pelas atividades a serem realizadas pelos usuários, como

por exemplo, os períodos de frequência em atendimentos ou grupos e oficinas dos quais se comprometeram a participar:

“Então, depende muito de cada necessidade. Cada usuário tem suas necessidades específicas, então a gente segue isso em equipe. Olha, pra mim o que é mais difícil é chegar num consenso (...). O PTS é construído por todos, desde o pessoal da limpeza até a chefia, eu acho que não depende só do contrato. Quem constrói é a equipe toda, eu vejo assim.” (E2)

“... de acordo com o que é feito na triagem, é formado tipo um cronograma do que ele vai seguir dentro do NAPS... se ele vai vir de 15 em 15 dias, mensal, se ele vai fazer HD todos os dias, ou se ele vai precisar ficar internado...” (E4)

“... o projeto, eu entendi como um cronograma do que vai fazer aqui...” (E6)

Alguns profissionais parecem apresentar uma visão relativamente mais ampliada do PTS, que envolve várias esferas do cotidiano, construídos ao longo do processo de cuidado, de acordo com as singularidades de cada usuário que acompanha com mais proximidade:

“É um alinhamento entre a equipe, a referência e o próprio usuário, que tem que tá junto também, porque ele tem que estar compromissado com isso, tem uma formação de um compromisso ali quando você conversa com ele e vai propondo as ações e vai partindo do que ele propõe também. Não visa cura, visa projetos de vida... envolve a questão ampliada do conceito de saúde e é algo assim bastante complexo. Às vezes você tem um projeto ali pra aquela pessoa e ela não quer... ou aquilo que a gente quer não é o melhor pra ela.” (E3)

“...o PTS ele é diferente pra todos, porque cada um tem uma demanda, uma situação social diferente, cada um tem uma necessidade e aí a gente faz o projeto pra isso, pra encaminhar e orientar sobre como proceder, se tem atividades pra fazer fora ou até mesmo dentro da unidade...” (E8)

Apesar da concordância de que muitos são os sujeitos participantes na construção do PTS (referência, usuário, outros profissionais da equipe e familiares/vizinhos/amigos), a forma como é elaborado não é padronizada. Segundo os relatos, o PTS geralmente é construído em atendimento individual entre usuário e referência, salvo os períodos de crise, onde a equipe e familiares podem ter um papel mais ativo nas escolhas em curto prazo:

“Quem participa? Paciente, técnico, deveria ter o familiar participando. Eu tenho poucos familiares participando dos casos que eu atendo, mas faz parte do plano inclusive retomar o contato familiar, reconstruir... o médico também participa...” (E7)

“É feito geralmente pelo técnico de referência o PTS. Às vezes precisa também da opinião da equipe, do médico, de quem tá mais próximo do paciente.” (E8)

“... a construção começa desde o primeiro atendimento. Nós vamos conversar com a pessoa, vamos discutir na equipe, porque a gente pode fazer esse projeto com mais pessoas.” (E9)

Essa perspectiva de construção coletiva dos PTS fortalece a ideia da circulação dos saberes e do apoio matricial, propondo um novo envolvimento e corresponsabilização das equipes, construindo ações criativas e potencializando o saber dos próprios usuários e da comunidade (CAMPOS, 1999). Centrado no trabalho coletivo e em equipe, propõe por fim mudanças nas relações de poder que envolvem o funcionamento das relações entre terapeuta e usuário, nas relações entre os diversos atores e instituições, reivindicando um novo lugar para a gestão do cuidado e das redes de serviços, que tende não apenas a trocar a verticalidade das relações de hierarquia pela horizontalidade das relações de cooperação (KINKER 2016).

A proposta de construção coletiva do PTS pode encontrar no processo de organização das equipes com as dificuldades de comunicação, empecilhos para a construção compartilhada. Essa dificuldade pode ocorrer não só dentro da equipe como entre as equipes atuantes em outros serviços territoriais.

Alguns autores defendem que a utilização de um roteiro norteador pode ajudar na organização de um PTS, sendo possível assim, estabelecer momentos e ações sequenciais que proporcionem organização das condutas relativas ao cuidado: o diagnóstico situacional; a definição de objetivos; a divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação (BRASIL, 2008).

Na etapa do diagnóstico situacional é importante identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda. Valorizar as potencialidades permite ativar recursos terapêuticos que deslocam respostas estereotipadas, favorecendo a emergência de novos territórios existenciais e a reconfiguração daqueles já vigentes (BRASIL, 2013).

Segundo Mororó (2010), o diagnóstico situacional pressupõe o contato com uma pessoa, família ou coletivo em que o acolhimento empático favorece o vínculo. Uma escuta cuidadosa e sensível pressupõe dar a voz à pessoa, à família, ou ao

coletivo para que falem sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção. O acolhimento é fundamental para a criação do vínculo, compreendido como uma relação contínua no tempo, pessoal e calorosa.

Além das dimensões subjetivas, também é importante observar o contexto social e histórico em que se inserem a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo ao qual está dirigido o PTS. Após a realização do diagnóstico situacional, pode-se iniciar a construção de alguns caminhos a serem percorridos por cada ator envolvido no cuidado. É importante identificar as intervenções já realizadas e seus resultados, bem como realizar a avaliação das vulnerabilidades compostas pelos fatores de risco e fatores de proteção individuais, familiares, grupais e coletivos:

Aspectos oriundos do ideário ético-político psicossocial visando a uma maior inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo são balizas norteadoras das ações. A operacionalização deste processo se dá por meio de uma comunicação culturalmente sensível e da negociação pactuada entre o técnico de referência e a equipe por um lado, e da equipe ou do próprio técnico de referência com a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo por outro. Neste momento do PTS também é importante fazer projeções de curto, médio e longo prazo. (BRASIL, 2013, p. 56).

Alguns profissionais entrevistados defendem a utilização de fichas, para garantir atenção às diversas esferas do cotidiano, como forma de facilitar o acompanhamento e avaliação do desenvolvimento das ações. Outros profissionais já defendem que a instrumentalização desse processo pode burocratizar seu desenvolvimento:

“Às vezes me incomoda ter uma ficha como a gente fez no NAPS que fica meio burocrático, engessado né, ter que pensar ali naquelas categoriazinhas.” (E3)

“... uma forma de organização formal, no papel, ajuda a gente a manter o compromisso com a gente mesmo, no caso dos pacientes e ajuda o técnico a não se esquecer do planejado e ajuda a visualizar, então é pegar a vida e colocar ela em cima da mesa e espalhar as cartas pra ficar fácil olhar, perceber e depois reorganizar na hora de guardar de novo, sendo feito a todo momento.” (E7)

Há que se pensar se a utilização de instrumentos previamente estruturados pode empobrecer o processo, apresentando um mapa de cuidado cristalizado e que traga uma dureza. Para Kinker (2016), o projeto terapêutico não cabe em formulários,

registros de atendimento ou fichas, sendo um processo dinâmico, cuja imensidão é inexprimível. Esses recursos podem ajudar na organização do processo, mas não representam o processo na sua totalidade.

A equipe da unidade elaborou uma ficha para preenchimento dos PTS para ser anexada em prontuário. A mesma praticamente não é utilizada, já que cada profissional realiza essa construção e registro do PTS de outras formas, em prontuário e livro de plantão, numa maneira de organização própria. A tabela a seguir foi elaborada pelos profissionais para preenchimento e auxílio na construção do PTS.

Tabela 3. Tabela de preenchimento do Projeto Terapêutico Singular

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR				
Usuário: _____				
Nascimento: ___/___/___ Telefone: _____ Prontuário: _____				
Serviços Envolvidos:	Profissional Referência:	Contato:	Prontuário	Observações
Situação Problema / Foco da atenção:				
Composição familiar / Rede de Suporte:				
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	PROJETO: AÇÕES E ATIVIDADES	QUEM FAZ / QUEM COOPERA	RESULTADOS OBTIDOS	
Saúde:				
Moradia:				
Trabalho/Geração de Renda:				
Educação				
Cultura/Atividade Física/Lazer/Religião				
Contrato / Outros				
Data: ___/___/___ Data de Reavaliação em : ___/___/___				
Assinatura: _____				

A reavaliação do PTS pode ser feita em diversos momentos que incluem encontros entre a pessoa cuidada, seus familiares e o técnico de referência; reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outros serviços e instituições envolvidas (BRASIL, 2013).

É importante ressaltar que todos os profissionais consideram esse processo de construção e desenvolvimento do PTS como dinâmico, precisando ser discutido de acordo com alterações de fatores externos e internos de cada sujeito, exigindo uma reavaliação constante da prática, que não ocorre com tanta frequência quanto necessário, devido ao próprio cotidiano de trabalho:

“Acho que uma das dificuldades também é avaliar. Acho que se a gente avaliasse com mais frequência, ganharia mais com isso. A gente alcançaria mais os objetivos ou se aproximaria mais dos objetivos. A gente tende a espaçar muito e ai

perde a familiaridade com aquela situação que tava enfrentando. Ou às vezes a situação fica de outro jeito e aquele projeto perde o sentido...” (E3)

A relação terapêutica entre equipe e usuários é complexa, considerando o envolvimento pessoal e afetivo destes com os usuários atendidos. Muitos questionamentos são feitos em relação ao técnico de referência pelos integrantes da equipe, visto que muitas vezes esse profissional pode tomar papel condutor em relação ao PTS, de certa forma escolhendo os próximos passos, sem ouvir o próprio usuário ou outras pessoas que possam participar desse processo de cuidado. Esse aspecto pode estar relacionado à própria dificuldade de se construir um planejamento de vida tão complexo, abarcando tantas singularidades e causando divergências de opinião e prioridades:

“Sim, a referência é muito importante. Você não fica com o cuidado só pra você. Você procura a referência porque tem muita coisa que eles contam pra gente e não conta pra referência entendeu? E têm muita coisa que a referência sabe e não conta pra gente, e isso eu sinto falta. Porque tem paciente que chega aqui agora e eu não sei a história dele, como é que eu vou lidar com ele?” (E1)

“O profissional de referência não é dono do paciente. Acho que algumas vezes nas equipes aparecem pessoas que são mais controladoras e outras não, mas acho que se a gente problematiza na reunião a gente acaba regulando um pouco isso: um dá conta do outro, acaba cuidando disso. Mas eu, no meu papel de referência com os usuários, procuro sempre estar trabalhando a questão da autonomia, não quero ver ninguém dependente do serviço ou mesmo do profissional no caso. Quero que as pessoas caminhem sozinhas... mas acho que a referência é essa pessoa que busca ter mais vínculo, conhecer mais, aprofundar mais na história, que toma a frente pra tomar as decisões relacionadas a essa pessoa, então: fazer contatos, ligações, cuidar ou levar e problematizar na reunião. Não acho que a gente tem que decidir, como referência, a respeito de tudo sobre o paciente, mas é aquela pessoa que está mais próxima e pra mim eu acho que o CAPS só funciona com essa noção de referência e também com a reunião de equipe. São essas as duas estratégias de trabalho que fundamentam nosso trabalho no CAPS.” (E3)

“Algumas coisas eu coloco, meio que imponho, porque às vezes eu vejo que o paciente não sai muito do lugar, não tem nem noção do que quer da vida. Então a gente vai traçando algumas coisas pelo paciente, porém, eu fico esperta assim,

antenada de que “é aquilo mesmo que ele quer?”, porque não adianta eu colocar lá pra ele se ele não quer.” (E4)

Para Kinker (2016), a presença de uma multiplicidade de respostas produz tensões e podem ser paralisantes, o que dependerá do funcionamento da própria equipe, seu estilo, seu talento ou sua capacidade para garantir a liberdade, o exercício da criatividade e de invenções inéditas, assumindo os riscos inerentes do processo.

Segundo Ferigato e Silva (2016), é importante atentar para os modos de construção e reavaliação do PTS, para que na intenção de construir estratégias de cuidado, não acabemos produzindo intervenções controladoras e de disciplinarização da vida.

Portanto, é preciso que o profissional realize um esforço de separar emocionalmente as suas vivências: os valores pessoais das vivências e os valores pessoais dos usuários que acompanha. Por vezes, pode ocorrer ao trabalhador de Saúde desejar que o usuário mude aspectos da vida em função de valores pessoais do profissional, os quais podem não estar em sintonia com a autonomia e os valores pessoais dos usuários. No entanto, para lidar com isso, é preciso discutir os casos em equipe (...). É preciso cuidado para que as intervenções de saúde não se transformem em regras rígidas, sob a consequência de que estas ações estejam apenas baseadas na remissão dos sintomas, descontextualizadas da vida do usuário e do território em que ele vive. (BRASIL, 2013, p. 25).

Para Mângia (2002), a reflexão sobre as necessidades deve ocorrer num processo contínuo e conjunto com todos os atores envolvidos, especialmente a pessoa sobre a qual está centrada a ação terapêutica. A resignificação de lugares e papéis tradicionalmente atribuídos aos usuários e técnicos de saúde mental permite então desenvolver projetos e processos compartilhados.

O usuário dos serviços é reconhecido como sujeito portador de um saber que, embora diverso do saber técnico-científico, não deve ser deslegitimado. O objetivo não é somente o de informar para saúde, mas de transformar os saberes existentes. A prática educativa, nessa perspectiva, visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico e científico restrito ao profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias e que capacitem os indivíduos a

decidir quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

O trabalhador pode reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua própria vida, portador de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências, que precisam ser levadas em consideração, tanto para compreender a singularidade da situação vivida, como para construir o melhor plano de cuidado. O trabalhador, afeta e deixa-se afetar pelo outro, sua vida e seu contexto, colocando seu saber a serviço daquele usuário para conduzir sua vida na nova condição (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Com a discussão sobre a construção e desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, compartilha-se a seguir um dos relatos do diário de campo que ilustra algumas reflexões sobre o papel da referência e os combinados de um plano de organização de vida em constante construção, com ações que buscam ampliação de autonomia.

4.2.1 Relato sobre os finais de semana

Veio do interior. Mulher teimosa. Fugiu da família para viver sua vida independente dos irmãos. Vinculou facilmente comigo, que a recebi na unidade e a acolhi, após encaminhamento de outro serviço da rede de saúde.

Profissional de referência para quem permanece em Hospital-dia (HD) é assim mesmo, alguém para se compartilhar as decisões do dia a dia: finanças, consultas, mudanças, desejos... Ela nunca quis ir ao NAPS aos finais de semana, apesar da equipe achar que seria bom, principalmente para garantir o uso da medicação. Toda segunda feira ela vinha mais desorganizada e confusa, sentindo-se perseguida pelas pessoas. Também não gostava muito dos outros usuários que passavam o dia na unidade, ficava sempre sozinha.

O que ela fazia aos finais de semana? “Vou pra praia oras! Muito melhor!” Pelo menos não tem medo de estar no território, explorar a cidade que acabou de se mudar, fazer o que gosta, pensava eu.

Como a grande maioria nessa região central de Santos, morava num cortiço. Começou a ter problemas: tinha que subir uma escada enorme para ir ao banheiro coletivo, sofrendo quedas, devido seu sobrepeso; as goteiras no quarto molhavam todas as suas coisas nos dias de chuva e ainda se envolveu com o filho do locatário,

que a visitava alcoolizado, roubava suas coisas de valor e ainda a machucava durante suas tentativas sem sucesso de alguma relação sexual.

Confusa, pensou em ceder ao pedido da equipe, que prezava por sua proteção naquele momento e passou a ir ao NAPS aos finais de semana. Apesar de estar juntando dinheiro para fazer uma visita aos irmãos em Piracicaba, achou melhor usar as economias para mudar de casa.

Se “morar” é um dos elementos fundamentais para a percepção da qualidade de vida, como discute Saraceno no “Libertando identidades”, investir nessa mudança era questão importante no seu processo de reabilitação. Os colegas do HD começaram a se aproximar dela, sensibilizados pelas dificuldades daquele momento, ajudaram a procurar um novo quarto. Para o contrato, pediu minha ajuda na negociação do aluguel.

Fez mudança e comprou móveis com ajuda dos outros colegas do NAPS mesmo. Sua rede de relações foi se ampliando, fazendo amizade com outros usuários. Com uma ia à praia e à igreja, com outra ao banco e ao mercado. E aí ela chegou à conclusão que não queria mais ir ao NAPS no final de semana: “Quero ficar na minha casinha, cozinhar no fogão novo!”.

Como uma casa se torna um lar? Um lugar para se habitar e reconhecer seu lugar? Só consigo pensar no poema “Casa arrumada” de Drummond:

Casa com vida é aquela que a gente arruma pra ficar com a cara da gente.
Arrume a sua casa todos os dias...
Mas arrume de um jeito que lhe sobre tempo pra viver nela...
E reconhecer nela o seu lugar.
(ANDRADE, 1902-1987).

4.2.2 Atenção à crise

Quando consideramos o usuário do serviço de saúde como gestor do seu próprio processo de cuidado, devemos nos atentar para os momentos em que o mesmo possa se encontrar em momentos de maior desorganização para tal.

O CAPS é um dos componentes da RAPS que deve acolher as pessoas em momentos de crise, assim como os outros serviços da rede de referências. Como caracteriza um serviço voltado à saúde mental, pode priorizar que o primeiro

atendimento à crise possa ocorrer na unidade, onde a avaliação da equipe quanto às necessidades momentâneas daquele indivíduo serão consideradas.

Para Dell'Acqua e Mezzina (1991), o primeiro atendimento à crise não precisa necessariamente ocorrer na unidade de saúde, mas também nos espaços de vida do usuário (na sua casa, no trabalho, algum local que ele frequenta). Segundo os autores, na maioria das vezes, a simples disponibilidade em "ir ao encontro" consegue evitar situações traumáticas. Essa aproximação gradual tem o potencial de diminuir a desconfiança e favorecer a composição de uma relação entre profissional de saúde e usuário.

A agressividade reativa às diversas circunstâncias da vida, também pode estar presente nos momentos de intensificação do sofrimento e os profissionais envolvidos no socorro dessas situações podem acabar emitindo respostas impensadas ou inadequadas para a resolução do momento enfrentado:

A incerteza, a ameaça, a insegurança e o medo são alguns dos sentimentos que podem fazer-se presentes nessas situações, tanto para o sujeito quanto para os que convivem com ele, produzindo uma configuração social, marcada por severas dificuldades de comunicação e expressão entre os envolvidos, o que termina por ampliar o problema e gera uma sensação de urgência profundamente mobilizadora. (BRASIL, 2013, p. 99).

Venturini (2016) defende que a pessoa em sofrimento mental não é intrinsecamente "perigosa", mas que existem condições psicopatológicas que expõem o sujeito a determinadas dificuldades comunicativas. A violência em si, estaria associada a outros fatores: da história de vida (como prisão ou abuso físico); clínicos (como abuso de substâncias), características pessoais (idade, sexo, renda) e de contexto (desemprego, divórcio). Para ele, é necessário observar os fatores preditivos de violências que não só o "diagnóstico psiquiátrico", mas também a história do sujeito, na sua forma de vivenciar a própria doença, nos estigmas e nas violências sofridas.

As crises também podem expressar uma tentativa de resolução de problemas e sofrimentos do sujeito, de um núcleo familiar e/ou comunitário. Muitas vezes, as manifestações, ou sintomas, não necessariamente precisam ser suprimidos, mas suportados:

(...) a crise não deve ser compreendida como *condição pessoal*, localizada no interior da pessoa que a manifesta, mas ela é produzida nas relações e contextos de vida do usuário. É fundamental a compreensão da crise como um fenômeno constituído *entre* os sujeitos, costumeiramente em cenários de conflitos exacerbados, ruptura de consensos, esgarçamento das relações e busca ineficaz de comunicação. Diante disto, a intervenção terapêutica deve dirigir-se não somente para o usuário, mas também para a produção de *consensos possíveis* entre as partes envolvidas, a partir do reconhecimento de interesses singulares. O profissional deve investir na *mediação* entre o usuário e seu conjunto de relações, visando à inclusão, à legitimação e à corresponsabilização dos envolvidos na produção de novas pactuações, ainda que provisórias. (BRASIL, 2013, p. 101).

Dell'Acqua e Mezzina (1991), reconhecem as “situações de crise” como as que envolvem pelo menos três dos parâmetros a seguir: i) grave sintomatologia psiquiátrica aguda; ii) grave ruptura da relação no plano familiar e/ou social; iii) recusa do tratamento psiquiátrico com afirmação de não necessidade, porém com aceitação do contato; iv) recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito; e v) situações de alarme no contexto familiar e/ou social com incapacidade pessoal de afrontá-las. Para os autores, os conflitos que se manifestam com a crise, não necessariamente devem ser contidos ou ocultados, mas podem ser assumidos como estímulo à transformação da situação vivida, perdendo o seu caráter de ruptura e assumindo um valor dinâmico.

As formas de lidar com a crise podem ser entendidas de diversas maneiras pelos profissionais. A equipe de enfermagem, por exemplo, em seus relatos, visualizam a crise como momento de agitação psicomotora, falas desconectadas da realidade ou risco de auto ou heteroagressividade, visto que, mais seguros das ações a serem adotadas nesses momentos, encaram a crise com mais tranquilidade. Segundo eles, após a contenção, seja medicamentosa, emocional ou até mesmo em casos extremos, física, será alcançada uma maior organização do usuário, mudando o quadro e suportando a “crise”:

“Eu acho que a grande maioria tem muito tato pra lidar com os pacientes em crise, eu percebo isso.” (E6)

“Então, na crise a gente se preocupa muito, porque nós não somos um hospital de portas fechadas e o que preocupa mais é a fuga desses pacientes. Pode acontecer alguma coisa, atropelamento ou algum acidente na rua em caso de fuga, ou também agressão, que é perigoso né (...). É difícil a gente conter esses pacientes porque temos

paciente de Hospital-dia, que já estão melhorzinhos, mas muitos não entendem a situação do paciente em crise, aí tem que explicar que ele está em crise, o que tá acontecendo.” (E8)

Já os outros profissionais, referem maior dificuldade para lidar com a crise, visto que encaram como parte deste momento, não só os períodos de desorganização mental, mas também uma piora em alguma das esferas de vida, como a perda de um emprego, um desafeto, ou alguma mudança significativa de contexto. Apesar das diferentes formas de encarar os momentos de lidar com a crise, os profissionais entrevistados apontam sua preocupação quando as internações na unidade acontecem de maneira involuntária, pois sendo uma unidade aberta, precisa manter as “portas fechadas” para garantir o cuidado daquele indivíduo:

“Eu acho que quando tem uma crise grave, assim... com risco de fuga, eu acho que a equipe entra em crise.” (E3)

“... infelizmente tem que segurar o paciente e medica-lo com medicamento injetável. Isso é chato porque é ruim você fazer uma coisa forçada né, ninguém gosta, a gente também tem que se por no lugar do paciente. Mas a gente também quer ver a melhora dele, se não intervir desse jeito, ele pode até atentar contra a própria vida... então as vezes é necessário agir desse jeito, visando uma melhora no futuro...” (E4)

“O serviço consegue lidar com as situações de crise quando tem vínculo. Mesmo quando ele não tá nem percebendo o outro, ainda um pouquinho de vínculo segura. Quando não tem vínculo, aí fica difícil. Existe uma demanda da nossa coordenação que a gente lide com todo tipo de crise. Aqui não é pronto socorro. O NAPS não é feito pra isso, não foi feito pra um montão de coisa que tão querendo que a gente faça. É por isso, ninguém sentou para repensar o serviço e agora tá sendo o jogo do empurra-terapia. Mas a gente não dá conta de paciente que a gente não tem vínculo, quando ele tá em crise.” (E7)

Mesmo com a premissa de considerar o usuário dos serviços como protagonista de seu processo de cuidado, nos momentos de crise, é possível observar que os profissionais acabam por assumir um papel mais ativo em relação às escolhas do usuário. Esse fato é relatado como grande dificuldade por todos, pois muitas vezes pode envolver ações de proteção ao sujeito em sofrimento que são contra sua vontade, como uma internação, acolhimento na unidade ou até mesmo o uso de formas de contenção. Os profissionais falam dessa dificuldade, pois sabem que

naquele momento a pessoa pode não estar conseguindo gerenciar sua vida e precisa de um limite externo até que possa se organizar melhor para fazer suas escolhas:

“Eu não gosto, mas tem que entender que se o paciente precisa e se tá prescrito uma contenção no leito, é pro bem dele. Entendeu? Porque ele pode não só machucar outra pessoa, mas se machucar também.” (E2)

É importante contextualizar que a equipe deve definir os critérios que justifiquem a aplicação e a interrupção de uma contenção. Essa ação parece ser utilizada com o pretexto de proteger o usuário com alterações de comportamento e os indivíduos que estão ao seu redor durante o período de crise, porém, as contenções costumam ser traumáticas e expressam uma contradição que deve ser trabalhada pela equipe.

Para imobilizar um usuário em crise, usam-se várias metodologias. Venturini (2016) afirma que existem várias modalidades de contenção: camisa de força, cela de isolamento, contenção forçada no leito, limitação do físico e dos espaços de movimento. Para ele, essas são estratégias do tratamento manicomial, que tem utilização relacionada a diferentes contextos, como também às "capacidades criativas" dos profissionais da saúde, podendo ser encaradas como um mecanismo inconsciente, baseado na vontade de punir um comportamento selvagem, inaceitável para as normas sociais. Segundo ele, pensar no conceito de contenção no sentido de proteger, faz emergir uma espécie de exigência de "domesticar" os impulsos agressivos e antissociais, pela supremacia da razão sobre o instinto. Essa submissão das atitudes inaceitáveis acaba demonstrando as relações de poder, não mais entre equipe, mas entre profissional de saúde, detentor de um saber valorizado e o paciente psiquiátrico. O autor ainda afirma que, mesmo sendo classificadas como "terapêuticas", essas práticas terminam por construir um álibi para outras formas reprováveis de abuso.

Segundo Venturini (2016), a partir da década de 50, com a descoberta do uso de sedativos e o aumento do uso dos psicofármacos, modificaram-se os sistemas de contenção até então utilizados. Não é apenas mais uma modalidade física, mas química, mais poderosa e eficaz. Nem o uso dos psicofármacos e nem as modificações institucionais iniciadas com o processo de Reforma Psiquiátrica aboliram completamente as contenções, mesmo que sejam menos impactantes. O próprio uso dos psicofármacos pode ser utilizado como forma de contenção, quando a dosagem

deles, a modalidade de sua administração e a própria duração superam os critérios terapêuticos convencionais.

Outra forma de contenção é o fechamento sistemático da porta. A porta fechada é sem dúvida para evitar a fuga, seu objetivo é de fato limitar a liberdade. A internação tira a pessoa de seu contexto e subordina às regras institucionais. A institucionalização também é uma forma de violência, por exigir essa conformação com as regras de organização do serviço, sem a responsabilização do usuário e também podendo ser vista como perda da contratualidade social. Essa é uma grande preocupação desta equipe, que se vê realizando ações protetivas que acabam por eliminar o poder de escolha daquela pessoa em sofrimento, mesmo tendo consciência de que é momentâneo.

Para Koda e Fernandes (2007), se a porta simboliza o aprisionamento vivido no manicômio, ela também corresponde a uma forma de proteção, de divisão e discriminação. Segundo os autores, as dificuldades no atendimento podem gerar uma ruptura, instalando um processo de crise nos profissionais e ocasionando a desorganização da equipe com fantasias de destruição do grupo.

A contenção reflete um sujeito com o poder contratual limitado (pessoa com deficiência, idoso, menor de idade) e evidencia a contradição que cada intervenção terapêutica corre o risco de cair, quando pensa poder prescindir do respeito ao estado de direito (VENTURINI, 2016).

A dignidade das pessoas em sofrimento psíquico deve estar sempre em foco, direcionando as decisões em relação ao cuidado. Existem princípios e normas nos quais os profissionais da saúde podem se inspirar para realizar essa reflexão a respeito da contenção nas situações de crise:

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) declara em seu artigo nº 5 que “Nenhum indivíduo poderá ser submetido a tratamento ou punições cruéis, inumanas ou degradantes”.

A Convenção da ONU sobre o “Direito das pessoas com deficiência”, de 2006, no artigo nº 14, no assunto “Liberdade e segurança da pessoa”, declara que:

Os Estados membros devem garantir que as pessoas com deficiência, em base de igualdade com os outros, não sejam privadas da própria liberdade de forma ilegal ou arbitrária, que qualquer privação da liberdade deve ser segundo a lei e que a existência de uma deficiência em nenhum caso deverá justificar a privação da liberdade. (BRASIL, 2014, p. 98).

O artigo nº 15, que se refere à “Prevenção contra torturas ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes”, diz:

Nenhuma pessoa será submetida a torturas, a penas ou a tratamentos cruéis, inumanos ou degradantes. De modo especial, ninguém será submetido sem o próprio livre consentimento a experimentações médicas ou científicas. (BRASIL, 2014, p. 105).

O artigo nº 16, no mérito ao direito de não ser submetido à exploração, violência e abusos, solicita dos Estados membros que tomem todas as medidas apropriadas para impedir a violação desse direito, assegurando formas apropriadas de assistência e sustento, beneficiando as pessoas com deficiência, as famílias delas e quem toma conta delas.

Enfim, o artigo nº 17, que se refere à “Proteção da integridade da pessoa”, declara: “Todas as pessoas com deficiência têm direito ao respeito da própria integridade física e mental, na base da igualdade com as demais pessoas” (BRASIL, 2014, p.116).

Para Venturini (2016), as medidas de contenção não aliviam o sofrimento humano ou os sintomas psiquiátricos, frequentemente podendo causar danos emocionais ao usuário e à equipe. A utilização desse tipo de estratégia pode promover ressentimento e resistência frente às próximas propostas de cuidado. Recomenda-se o uso da contenção o menos possível e só em caso de necessidade, o que sempre é muito questionável. A definição de tais procedimentos é um avanço, se comparada às situações de abuso ainda presentes em muitas instituições psiquiátricas.

A contenção física é admissível somente na presença de perigo de morte, não podendo acontecer de forma programada ou preventiva. É preciso reconhecer a subjetividade, os direitos e as necessidades do indivíduo em crise psiquiátrica que sofre a contenção, que deve ser temporária, como uma premissa para o desenvolvimento sucessivo das intervenções e ações de cuidado, num projeto de vida organizado de maneira singular.

É evidente a diferença entre uma limitação física, durante uma sedação farmacológica e uma limitação programada. A limitação física pode ser necessária para administrar um fármaco, porém, espera-se encontrar na rede, perfis de profissionais atuantes na saúde mental, que apostem na comunicação e em suas competências ao se confrontarem com situações de difícil resolução. Para Venturini

(2016), a contenção é o ato de rendição da capacidade de manejo dos profissionais e pode representar a perda de confiança em sua capacidade de resolução.

Cuidar de alguém em crise requer tempo, número adequado de profissionais e preparação. A capacidade de um trabalhador da saúde mental, também está em persuadir sujeitos que rejeitam os cuidados, na tentativa de conquistar sua confiança e criar um vínculo terapêutico, possibilitando assim o desenvolvimento de ações construídas em conjunto que não sejam traumáticas para nenhum dos envolvidos.

Partindo da discussão do desenvolvimento dos PTS, inclusive nos períodos de crise, pretende-se refletir sobre a relação da sociedade com os usuários da saúde mental e o processo de desinstitucionalização, na busca por cidadania.

4.2.2.1 O vínculo na insistência pelo cuidado

Eu não a conhecia. Chegou à unidade procurando a referência dela, muito confusa, com falas desconexas e agitação. A mãe chega logo atrás, chorando muito, referindo que a filha quase colocou fogo na casa, que havia quebrado a mesa de vidro da família e estava sem dormir fazia dias, ficando na rua e levando homens estranhos para a casa. De seu filho mais novo não conseguia cuidar, mesmo já tendo deixado a guarda de outros mais velhos com uma família de amigos. Não estava fazendo uso de medicação também e mesmo após conversa com a referência, decidiu não esperar pela consulta médica. Apresentei-me a ela, batendo um papo sobre o livro que ela trazia, mas mesmo assim não foi o suficiente para ela aceitar ficar.

Decidi junto com a Acompanhante Terapêutica sair atrás dela na rua, pois a mãe contava as situações em que ela se envolveu, se colocando em muitos riscos e percebemos cada vez mais a gravidade da situação. Encontramos com ela algumas ruas à frente da unidade, dividindo um pão com um rapaz em situação de rua. Conversa vai e conversa vem, nos chamou para tomar um café na casa dela.

A situação da casa era deplorável. Água vazando no quintal que não permitia uso de água na casa, muitos cacos de vidro pelo chão e todos os seus pertences desorganizados. Enquanto articulávamos com a referência dela que ficou na unidade pelo telefone, ajudamos a arrumar a casa, varrer os cacos de vidro e tomar um banho. A colega chamaria a ambulância para levar essa moça ao Pronto Socorro para ser medicada e como era um caso de não aceitação do encaminhamento, era necessário também chamar a polícia para dar apoio à operação.

Muitas vezes nos deparamos com situações como essa que se deu: a polícia chegou e como a ambulância estava demorando, não aguardaram e foram embora. Ela nem sequer percebia nossa movimentação, continuava agitada, tentando organizar a casa. Em seguida, a ambulância chegou. Os profissionais até entraram na casa e tentaram convencer ela de que era importante os acompanhar para uma avaliação e que depois seria encaminhada ao NAPS para dar continuidade aquele momento difícil. Novamente, ela não aceitou, ficando agressiva verbalmente conosco, mas viu que não tínhamos sido nós duas que havíamos chamado, então voltou a conversar com a gente. Não parecia ter crítica de que não estava bem, colocando em riscos a sua vida e a da família. Sem a presença da polícia para auxiliar na remoção, os agentes do SAMU também foram embora.

Continuamos com o trabalho de convencimento, para que nesse momento difícil, se aproximasse da unidade, pois precisava estar bem para cuidar do filho. Ela cochilou um pouco e ao acordar, aceitou nossa proposta, depois de tanta insistência. Sua referência utilizou o próprio carro, já que a unidade estava sem transporte naquele dia, para nos buscar. Ela aceitou, enfim, esperar a avaliação de seu médico e voltar a fazer uso de sua medicação, permanecendo um tempo na unidade.

Passou alguns poucos dias em acolhimento integral no NAPS, sempre querendo e demonstrando vontade de ir embora, mas ficando em respeito ao vínculo construído com os profissionais. Em poucos dias, ao sinal da menor melhora, concordamos que ela poderia voltar para sua casa e dar continuidade ao tratamento ambulatorial, como ela preferia. A família era nossa parceira próxima, sempre buscando orientações e nos trazendo informações. Ela não deixou mais de tomar a medicação e assim foi melhorando, voltando a cuidar do filho, a estudar e inclusive passou num concurso da prefeitura para trabalhar como auxiliar de limpeza.

O vínculo com a unidade e profissionais ajudou a evitar a necessidade de ações mais traumáticas e mostrou que não teria sido necessária uma remoção contra sua vontade. Ficamos satisfeitas com o trabalho da equipe, mesmo com as dificuldades das parcerias que necessitamos para realizar certas ações. Devemos confiar mais na nossa capacidade de convencimento nesse tipo de situação, insistindo no “estar junto”, pois após uma manhã inteira conseguimos aproximá-la de nós e oferecer o cuidado que ela precisava.

4.3 Processos de desinstitucionalização: a relação com o território

A atenção às pessoas em sofrimento mental na lógica psicossocial passa a ter como objetivo o pleno exercício da cidadania, e não somente o controle de sintomatologia. Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), o trabalho terapêutico compõe um campo complexo, que comporta uma dimensão afetiva e contextualizada, presente no território. Trata-se da criação de processos de produção de vida, de sociabilidade e de utilização de espaços coletivos:

O objeto ao invés de ser “a doença”, torna-se “a existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com o corpo social. É a reconstrução da complexidade do objeto, não colocado mais no processo de “cura”, mas na “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”. (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 30).

Segundo Nicácio (1994), as abordagens psicossociais tratam de atravessar os conceitos de saúde-doença, traçando uma profunda ruptura com os modelos clínicos hegemônicos ou outras formas de codificação do sofrimento, confrontando aspectos culturais que atribuem desvalor à diversidade, à diferença.

Isso implica organizar serviços abertos, com participação ativa dos usuários e que possibilitem a formação de parcerias com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc). O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar, ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (BRASIL, 2013).

Nicácio (2003), citando Rotelli, aponta que a desinstitucionalização não se conclui com a superação do manicômio, mas implica a transformação do paradigma cultural, teórico e científico da psiquiatria, que necessita como condição indispensável, mas não suficiente, o fim dos hospitais psiquiátricos. Trata-se de produzir novos modos de pensar e agir que viabilizem os processos que possibilitem a restituição da loucura à cidade:

A Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 29).

Segundo Nicácio (2003), o projeto de desinstitucionalização afirma a reentrada de pessoas institucionalizadas nas cidades, dessa forma, propicia e requer a potencialização de novos contextos e relações, pela ativação de pessoas do território, pela produção e reconstrução de redes. Podemos observar nas entrevistas com os profissionais, sua visão em relação às possibilidades de realizar ações que promovam esse processo de mudança paradigmática:

“Eu ando muito nessa ideia da desinstitucionalização, da autonomia, de a gente tá fazendo um movimento mais pra fora da unidade. E às vezes a gente inconscientemente vai fazendo essa coisa, a gente acha que lá é um lugar legal pra eles ficarem e às vezes a gente pode tá cronificando, então eu fico me questionando o tempo inteiro e eu acho que a gente devia tá estudando mais isso também.” (E3)

Vasconcelos e Jorge (2013) referem que apesar dos esforços e avanços operados pela reforma psiquiátrica, o modelo de atenção centrado em procedimentos médicos ainda é predominante, sendo a medicalização social um fator importante, fazendo aumentar a demanda por serviços de saúde, gerando ações individuais e fragmentadas, apresentando-se com projetos terapêuticos pouco resolutivos. Podemos observar que os profissionais se preocupam com a questão da demanda que busca por ações de cuidado em saúde mental:

“... às vezes a pessoa só tá angustiada com a situação que ela tá vivendo, não é exatamente uma depressão, daí acha que pode tratar tudo com medicação...” (E6)

“A maior parte das pessoas que procuram os CAPS, talvez nem sejam pessoas com demanda de saúde mental, pelo menos do ponto de vista médico. Eu acho que a maior parte que procura até pode ter algum transtorno mental passível de tratamento, mas não aqui no CAPS, na atenção básica por exemplo. Na minha curta experiência na saúde mental, eu vejo que a maior demanda é de pessoas com dificuldades socioeconômicas e acaba repercutindo obviamente na questão do humor principalmente. Muita gente deprimida, ansiosa.” (E10)

É importante retomar que o fechamento de um ambulatório voltado ao atendimento dos casos diagnosticados como leves em saúde mental, no município, contribuiu para que os CAPS acabassem absorvendo essa demanda, como também pode ser observado no relato dos trabalhadores, em relação à demanda que busca por cuidados em psiquiatria:

“O CAPS é voltado ao atendimento pros casos graves, embora a gente ainda receba muitos casos leves, só que a gente tá utilizando o matriciamento, então a gente

tá mudando isso atualmente. A gente herdou um processo aí de fechamento de ambulatórios de saúde mental que tinham na cidade e uma gestão que dizia que tudo que era da SM tinha que ir pros CAPS.” (E3)

“Aí eu fui transferida para o AMBESP, onde tinha o ambulatório de psicoterapia que tinham 3 psiquiatras e 2 psicólogas e a gente fazia só o atendimento de adultos. Fazia atendimento individual e grupal. Trabalhamos nesse esquema, super bem, dando certo, produzindo. Só que aí, a própria coordenação apoiava a gente, mas o chefe de departamento não e acabou com o ambulatório e disse que pacientes psiquiátricos tinham que ser atendidos no NAPS, aí nós distribuímos por região os pacientes”. (E9)

Como se observa nas falas, estão sendo realizados investimentos pelo matriciamento, com encaminhamento dos quadros considerados leves e estabilizados à atenção básica. Esta deve receber apoio das equipes de saúde mental para proporcionar ações de cuidado, na construção compartilhada de PTS, diminuindo as chances da necessidade de encaminhamentos aos CAPS.

Segundo Lima e Dimenstein (2016), o matriciamento, ao articular redes, se volta contra a ambulatorização dos CAPS, seu isolamento e “encapsulamento”, que os leva a operar um tipo de substituição indesejada: substituição total. As autoras referem que muitos CAPS atuam “preenchendo” a função das equipes da Atenção Básica e entendem que serviços que operem deste modo substitutivo terminam funcionando como uma Instituição Total. O princípio de rede não condiz com a centralização de nenhum dos pontos de atenção, sendo necessário que a rede se apresente como espaço de cuidado.

Ao articular rede, o apoio matricial se contrapõe a esse tipo de substituição total, reorganizando as demandas de saúde mental, com melhor distribuição e adequação dos usuários dentro dos pontos de assistência, em sintonia com suas demandas, evitando que todas elas sejam dirigidas ao CAPS:

Com ações continuadas de matriciamento, espera-se disparar um processo gradativo de aumento de responsabilização e autonomia das equipes matriciadas, na medida em que vão incorporando, em seu campo de conhecimento, habilidades para intervir em situações anteriormente reconhecidas como possíveis apenas à equipe de especialistas e a eles frequentemente delegadas. (LIMA e DIMENSTEIN, 2016, p. 629).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), discutem a existência de “um serviço para cada problema”, que promove uma compartimentalização dos sujeitos e das ações. A ausência de relações entre estes diversos tipos de serviços, acaba por demonstrar uma psiquiatrização dos problemas sociais. Questiona-se que os serviços selecionem os problemas com base nas próprias competências e encaminham o restante. Esse é um problema pertinente à prestação de cuidados oferecida, causando abandono e alimentando a necessidade de lugares temporários de depósito para internar pacientes, produzindo cronicidade. Para os autores, a existência de serviços territoriais que convivem com a internação, mas não a substituem, passam assim a confirmar sua necessidade. Assim, observa-se um aumento do número de casos dito crônicos, crescente sentimento de impotência dos operadores e necessidade de locais de internação.

Os trabalhadores de saúde fazem política quando desenvolvem ações de cuidado. É uma mudança que começa de dentro para fora, utilizando e trabalhando com as possibilidades disponíveis. Trata-se também, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) de “aprender a aprender”, onde a profissionalidade se explica muito menos em competências técnicas especialistas e muito mais na capacidade de escolher, utilizar e combinar recursos de intervenção.

A inserção no território também depende da presença da equipe de saúde nos espaços sociais e de circulação dos usuários. Segundo Kinoshita (2001), no universo social, as relações de troca de bens, mensagens e afetos são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo. No caso do indivíduo considerado doente mental, esse *poder contratual* é anulado e ele passa, em condição de internação, de um sujeito de trocas a um sujeito assistido. Já na reabilitação psicossocial, considera-se a (re)construção desses valores, criando condições para que esse usuário possa de alguma maneira, participar do processo de trocas sociais, conquistando assim a ampliação de sua autonomia.

Os manicômios, segundo o autor, conhecidos como locais de troca zero, deveriam ser o primeiro dispositivo a ser desconstruído. O grande desafio está em superar e preencher a lacuna gerada pela desmontagem desse dispositivo. O profissional de saúde pode, utilizando de seu próprio poder contratual, aumentar o poder do usuário, além de ser capaz de elaborar ações que modifiquem condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa ser desenvolvida

(KINOSHITA, 2001). Para Kinoshita (1997, p. 74), a vida social é pautada por processos de trocas e intercâmbios:

(...) particularmente *trocas de mensagens, afetos e bens*. Cada participante da relação pressupõe um valor pré-atribuído aos outros, isto é, *um poder contratual*. No caso dos pacientes psiquiátricos, esse poder contratual é socialmente anulado pelo seu enquadramento no *status* de doente mental. (...). Nessa condição de "nulidade de intercâmbio" torna-se impossível qualquer pretensão de inserção social, exceto pelo seu *status* de doente, de não-ser, de "ser-paciente". Diante desse quadro a função dos profissionais é precisamente *emprestar poder contratual* aos pacientes, até que recuperem algum grau de *autonomia*. (KINOSHITA, 1997, p.74).

Pode-se refletir também sobre o significado dessa *autonomia* pela qual buscamos e baseamos as ações de cuidado em saúde mental. Para Kinoshita (2001), não se trata de ser "independente", mas quanto maior a rede de "dependências" da qual a pessoa dispõe, maior o seu grau de autonomia:

Entendemos a autonomia capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida". (KINOSHITA, 2001, p. 57).

Falar de PTS como promotor de autonomia e inserção social envolve a reflexão sobre a relação com o território ocupado pelos usuários do serviço de saúde. A unidade em estudo, pela lógica da regionalização, abrange um território de atendimento diferenciado dentro do município. A região central é caracterizada pelos profissionais como pobre em recursos externos, desvinculados à rede de saúde. Observam-se situações de grande vulnerabilidade social na maioria dos casos atendidos. Grande parte dessas pessoas mora em cortiços, locais sem acessibilidade, higiene e privacidade. Os contextos de vida são caracterizados pela pobreza, tanto material quanto de relações, pois muitos deles não têm família ou possuem relações desestruturantes e adoecedoras:

"No NAPS 2 a gente tem uma demanda bem vulnerável, que tem uma situação social bastante acoplada com o sofrimento psíquico, que a gente nunca dissocia." (E3)

“A gente tem usuários que estão tendo ganhos de autonomia e que tão pensando em ações fora da unidade, mas que esbarram na questão financeira, de não ter transporte, não ter grana, não ter possibilidade de ir por exemplo na praia, pegar um ônibus. Então isso tudo precisava ser discutido, a gente precisava ter outras propostas.” (E3)

“As visitas são poucas, a inclusão com outros serviços, com a rede eu acho que poderia ter mais. Também nós estamos numa região pobre de redes de serviços ou lazer para os usuários. Eu acho que a gente tá meio desprivilegiado desse ponto.” (E4)

Mângia (2002) relata que a forma de produzir projetos terapêuticos e responsabilizar-se deve vislumbrar um descentramento da ação, num movimento que priorize ações extrainstitucionais e potencialize recursos presentes no contexto dos sujeitos em seus territórios existenciais concretos e simbólicos.

A noção de território-vivo, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva:

(...) quando quisermos definir qualquer pedaço do território, devemos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é o trabalho e a política. (SANTOS, SILVEIRA, 2012, p.247).

Na área da saúde também se utiliza a concepção de territórios existenciais de Guattari (2001):

Os territórios existenciais, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si. Incorporar a concepção de territórios existenciais implica considerar não apenas as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, mas também a subjetividade dos trabalhadores de saúde. Trabalhar com saúde pressupõe que os próprios trabalhadores permitam deslocamentos em seus territórios existenciais, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde mental é a relação. (BRASIL, 2013, p. 34).

A perspectiva da desinstitucionalização trabalha com a ideia de serviços territoriais, que são aqueles que, compondo determinado território onde se dão os

valores culturais, as relações de poder e o desenvolvimento dos papéis sociais, podem produzir transformações nas cenas que reproduzem a exclusão. A prática do cuidado, nestes serviços, é composta por um intenso diálogo e construção coletiva com os recursos e os atores do território, já que as mudanças nessas relações é que podem produzir modificações na vivência do sofrimento, a produção de novos lugares sociais a serem ocupados pelos usuários dos serviços e a construção de novos projetos de vida.

De acordo com os relatos, as atividades fora da unidade de saúde, na busca pela inserção social e desenvolvimento de autonomia, abarcam principalmente a esfera do lazer, onde são realizados passeios para os diversos pontos turísticos da cidade, como museus, praias ou cinema, mesmo fora do microterritório da unidade:

“Antes tinha muita atividade tanto fora como dentro da unidade. Hoje tem pouco, pouca gente, pouco trabalho, porque não tem mão de obra. Tinha que ter bastante gente.” (E1)

“Eu acho que a visão dos governantes, a visão da nossa coordenação, por exemplo, deveria ser de fazer mais parcerias nesse sentido. E também, ao mesmo tempo, precisaria ter mais funcionários pra dar conta dessas saídas.” (E4)

“... eu acho o NAPS improdutivo, na verdade, como a maioria do sistema público de saúde, eu não acho que ele planta a independência nos usuários, não acho que a inserção, que deveria ser o principal motivos de eles estarem aqui, acho que não acontece” (E6)

Uma das dificuldades apontadas pelos profissionais no desenvolvimento de ações no território envolve o deslocamento. É uma dificuldade apontada tanto pelos usuários, que muitas vezes não conseguem gratuidade no transporte público, como também da equipe, que não tem um veículo a seu dispor para realizar ações pontuais ou até mesmo de reconhecimento do território onde estão inseridos:

“O CAPS realiza visitas. Realiza. Poderia realizar muito mais, só que a gente não tem equipe pra realizar as VD, não tem carro, não tem transporte, não tem passe, não tem nada... só tem a boa vontade do técnico. Para se fazer uma VD precisa de pelo menos 2 pessoas, porque uma pessoa sozinha não é aconselhável fazer visita pra ninguém. Primeiro que vão ter 2 visões para discutir o caso e segundo pra pessoa não correr risco.” (E9)

A região central, uma área de alta vulnerabilidade social, conta com poucos recursos, mas existem algumas parcerias, como com a Universidade Federal de São

Paulo (UNIFESP), que vêm aumentando as possibilidades de trocas sociais. Atualmente as ações no território e articulações com outros serviços são insuficientes, conclusão frequente nos relatos obtidos em entrevista. Há um incentivo para o desenvolvimento dessas ações vindo da Universidade no cotidiano da unidade, que demonstra investimento nas redes de atenção e nas possibilidades que estas podem trazer aos usuários.

A Universidade é aliada como local que proporciona atividades contextualizantes. A relação entre unidade de saúde e universidade é de parceria, pois com a presença de estagiários, apresentam-se possibilidades de um trabalho de participação na formação de novos profissionais de saúde voltados para a rede pública, bem como possibilita ampliar a própria reflexão da prática trazida pelos estudantes que possuem um olhar crítico das práticas de cuidado. Dentre os entrevistados, uma das profissionais ressalta a importância desse espaço de formação em saúde dentro do próprio serviço:

“... eu sou preceptora de residência agora, esse ano a gente tem residência na unidade, eu também sempre fui preceptora de estágio, eu considero isso uma parte importante do meu trabalho, levo isso super a sério, me preparo muito pra isso também...” (E3)

Outro entrevistado questiona ainda o papel da Universidade, em relação à própria dinâmica da unidade de saúde, que muitas vezes parece absorver os estudantes à sua rotina, podendo engessar suas propostas:

“Acho que a mesma pergunta que o CAPS tem que se fazer, qual que é o papel que ele tá representando dentro da sociedade, a universidade deve se fazer. Qual é o papel que ela está fazendo dentro dos CAPS. Ela tá colaborando para que o CAPS tenha uma visão reflexiva das suas funções? Promovendo conhecimento? Ou ela está entrando nos buracos da ausência dos funcionários do CAPS e entrando no nosso furacão e atuando que nem a gente, sem ter essa qualidade de quem está isento de fora. É algo pra se pensar!” (E7)

A relação com o território traz reflexões sobre as ações realizadas dentro e fora da unidade de saúde, num paradoxo sobre o papel do CAPS dentro do processo de institucionalização x desinstitucionalização. Afinal, o CAPS está trabalhando pelo controle dos usuários ou pela sua emancipação? Dos participantes da pesquisa, dois deles questionam o próprio papel do CAPS no contexto atual, mais de 20 anos após

os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica, como equipamento a ser repensado e reelaborado:

“É muito pouco que a gente consegue nesse sentido da intersetorialidade. A gente articula com algumas coisas que tem no nosso território, mas com muita dificuldade ainda... A gente recentemente atualizou um levantamento de recursos do território, muito porque chegou a residência no NAPS esse ano, e a gente teve fôlego pra fazer isso porque no dia a dia a gente não tava conseguindo atualizar, então as residentes e as estagiárias conseguiram fazer isso, percorreram alguns locais, atualizaram informações, pegaram alguns contatos, pra gente poder usar. Ainda a gente encontra muito preconceito, elas receberam portada na cara, de dizer “não, mas os usuários de vocês não podem frequentar aqui, esse tipo de pessoa não pode vir pra cá”, infelizmente, apesar de tanto tempo depois da intervenção no Anchieta, uma cidade que viveu todo esse processo histórico, ainda tem fala preconceituosa, um pensamento ainda institucionalizante que quer que ainda as pessoas que estão dando algum tipo de trabalho e estão incomodando alguém vão ser internadas e trancafiadas nos CAPS. Coisa que assusta e que impressiona, surpreende. Mas eu acho que é a falha mesmo de não ter uma intersetorialidade bem articulada...” (E3)

“... porque eu acho que sempre teve uma coisa assim, de não poder falar das dificuldades, como se isso fosse abalar a estrutura dos CAPS... A gente já saiu da época da intervenção, a gente tá num outro momento, eu sei que tem outros lugares do Brasil que precisam ainda passar pelo processo que a gente já passou, mas eu acho que tem outras dificuldades aí que se a gente não olhar a gente vai tá favorecendo todo um retrocesso. E assim, eu acho que é muito essa coisa da demanda infinita e da escassez de recursos. A gente tem que falar isso o tempo inteiro... É uma desvalorização muito grande com relação aos profissionais da equipe, acho que a gente vive um momento de desvalorização. Toda responsabilidade dessa falta de recurso e dessa demanda infinita é jogada nas costas dos profissionais, que tão ali no cotidiano de trabalho, o que é superperverso pra gente, porque a gente não dá conta disso. Por outro lado não é valorizado o que a gente faz, sem recursos... não dá pra falar de desinstitucionalização desse jeito.” (E3)

“Nas saídas, a maioria das pessoas fica olhando meio assim, assustadas... Mas é justamente esse olhar que eles recebem diferenciado da população é porque não tem uma explicação, não é aberto, você não vê, por exemplo, um comercial falando o

que é a saúde mental. Você só tem a ideia de que tem que trancar num hospício.”
(E4)

É importante lembrar que a residência permaneceu apenas por um ano na unidade e muitas ações que se ampliaram e ganharam força com a presença de mais operadores de ações de cuidado perderam novamente a potência de continuar se expandindo.

É possível perceber durante as interações no território como a sociedade vê os usuários do CAPS, em relatos de passeios ao cinema ou até mesmo na busca por cursos profissionalizantes. Uma das profissionais traz em seu relato, sua reflexão sobre o município, que mesmo tendo sido palco de importantes mudanças e movimentos pela reforma psiquiátrica, ainda demonstra muito preconceito em relação à loucura e às pessoas que fazem tratamento. Questiona-se em relação às mudanças culturais, sobre como a sociedade encara as pessoas em sofrimento mental, muitas vezes ainda atribuindo ao hospital/internação/CAPS como únicos lugares para a loucura:

“Nossa rede de saúde tem medo, tem vergonha dos nossos pacientes.” (E7)

“Temos mais dificuldade com a sociedade, do que a rede pública de saúde.”
(E7)

Os profissionais reforçam a ideia de que o CAPS é responsável pela conscientização e divulgação de aspectos relacionados à saúde mental para a comunidade. Afirma ainda que muitas dificuldades são encontradas no desenvolvimento dessas ações por diversos aspectos, que muitas vezes acabam dificultando esse trabalho na busca por mudanças culturais:

“Você vê muito comentário discriminando, como preguiçoso, vagabundo e eu acho que quanto mais a gente tem conhecimento, menos a gente discrimina.” (E6)

“Mas às vezes eu acho que o CAPS trabalha pra sociedade, trabalha pra deixar os pacientes aqui dentro e não dando muito trabalho pra sociedade, então às vezes o CAPS não cuida, ele potencializa a exclusão. Não O CAPS que eu trabalho, mas o modelo CAPS, que precisava ser revisto, ser reavaliado...” (E7)

“Então, os CAPS tem, uma das funções é ser responsável pela divulgação, entendimento dos conceitos de saúde mental no seu território, seja a própria sociedade e seja os outros equipamentos de saúde.” (E7)

O matriciamento também é apontado como estratégia para ampliar a discussão sobre a saúde mental com os outros serviços de saúde. O apoio matricial é um modo

de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. A estratégia deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (BRASIL, 2011).

O apoio matricial nessa unidade é realizado com a presença dos profissionais do CAPS nas Unidades Básicas de Saúde, principalmente. Esta é umas das possibilidades de tirar o CAPS da centralidade e isolamento nas questões do cuidado ao sofrimento mental e caminhar para o desenvolvimento de um cuidado compartilhado:

“Ultimamente eu to encampando a ideia do matriciamento porque eu tenho considerado como essencial no cuidado em saúde mental. Porque durante muito tempo a gente ficou muito fechado dentro do CAPS e reclamando de todas as dificuldades, dos problemas... e aí de repente eu vi na estratégia do matriciamento, a possibilidade de sair e conseguir falar de saúde mental pras equipes de atenção básica e também pra população em geral. A gente acaba se aproximando de mais pessoas na atenção básica, então eu acho que é uma coisa essencial, que pra mim tem a ver com a desinstitucionalização, ou mesmo da questão da intersectorialidade e da superação da lógica manicomial. Durante um tempo, eu tava me achando ainda muito presa à essa lógica manicomial: reclamando de tudo, esperando uma solução que nunca chegava, reclamando da falta de equipe ou falta de recursos e não conseguia fazer nada e aí eu ficava muito mal, assim, ficava muito desmotivada com o trabalho e eu enxerguei isso como uma saída.” (E3)

“No território nós temos o matriciamento que a gente tá indo, pra outros locais, outras policlínicas, visando a inclusão social também.” (E9)

“No matriciamento, eu me sinto um cavaleiro solitário. Assim como outros colegas da equipe também são. Não é uma coisa que existe no serviço de fato, ela existe em você, em mim, no indivíduo. Eu to me empenhando bastante na questão de matricular, dar alta para quem tem que dar. (...). Se eu conseguisse desafogar e tiver como foco da ação o usuário CAPS mesmo, com certeza os resultados da minha prática seriam muito melhores.” (E10)

Mesmo contando com os esforços, principalmente vistos como pessoais pelos entrevistados, em investir na estratégia do matriciamento, a relação com os outros

serviços da rede de saúde ainda parece ser bastante desestruturada. Segundo os relatos, há alguns serviços da rede que, combinando esforços, com profissionais com afinidades e força de vontade conseguem formar parcerias. Os profissionais referem que seus esforços precisam contar com o apoio de parceiros, seja da rede de saúde e gestão, como de outras instituições presentes no território, para ampliar as possibilidades de promover ações de cuidado e garantia de direitos. Novamente, observa-se que a equipe enfatiza a questão das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho e suas formas de tentar alcançar a visão de quem não está diariamente nos serviços para estas barreiras encontradas na sua prática profissional:

“Uma das maiores dificuldades que a gente tem hoje são as questões relacionadas à intersetorialidade. Não tem nenhum trabalho, nada... a impressão que dá é que não há nada sendo feito nesse sentido de costurar ações, pelo menos no nível da gestão. A gente sente que não tem. Tem esforços individuais ali que não repercutem muito. Isso acaba logicamente interferindo nos PTS que a gente propõe pros usuários.” (E3)

“Então tem muitos desafios com relação às dificuldades e eu acho que a gente devia ter um processo de discutir as dificuldades: entre nós, entre as pessoas que estão no serviço, os gestores e talvez a universidade, já que tem essa interface com a universidade aí, já que é campo de estágio e de residência, então, por que não contribuir também?” (E3)

“Eu tento fazer um trabalho forte com o conselho de saúde, no NAPS eu faço parte do conselho local, o conselho gestor, vinculado ao conselho de saúde né, um espaço de promoção e reflexão sobre a dinâmica da unidade, priorizo a unidade.” (E7)

Sabemos que é de grande responsabilidade dos profissionais, através de iniciativas pessoais e de equipe, a reorganização de seus processos de trabalho para direcionar ações no território. Porém, deve-se atentar para a necessidade identificada por eles, de uma articulação mais forte, que seja realizada pela própria gestão para aproximação desses serviços, construindo e consolidando assim a RAPS.

A seguir, apresenta-se um simples relato de uma das tantas experiências do cotidiano de trabalho, a fim de ilustrar algumas dificuldades sobre a ampliação das redes de produção de subjetividades para as pessoas atendidas no CAPS, na busca pela autonomia. São desafios diários que marcam a posição da sociedade frente às diferenças e a dificuldade dessa transposição.

4.3.1 Emprestando o poder contratual

Trata-se de um rapaz que acompanho como referência. Ele é jovem, da minha idade, mas já passou por experiências de sofrimento que eu jamais imaginei: além do diagnóstico psiquiátrico, uso de drogas, situação de rua, acidentes que deixaram sequelas físicas, diversas internações contra sua vontade e até prisão. Numa parceria entre família e equipe, após sair de mais uma internação involuntária, o rapaz foi acolhido no CAPS para continuar seu tratamento.

O vínculo ia se formando ao longo dos atendimentos individuais, familiares e da participação nas oficinas e grupos oferecidos dentro da unidade. Essa relação de afeto foi se construindo pela escuta atenta, acolhimento das demandas, consideração e valorização de suas experiências e o investimento pela aproximação da família que foi muito importante. A princípio, a mãe queria apostar em mais uma internação em comunidade terapêutica. É possível que, com a escolha imediata desta opção, ele pudesse percorrer um caminho já conhecido: fuga, rua, recaída.

Na aposta de tentar algo novo, após muita reflexão, e superando muitas resistências, a família o acolheu em casa, após quase 9 anos de afastamento. Ele já havia se tornado praticamente um desconhecido. Tantos foram os esforços da equipe para que ele não fosse novamente expulso após uma recaída, que se decidiu numa parceria com ele e a família que permaneceria em Hospitalidade-dia por um tempo, permanecendo na unidade, voltando para casa apenas a noite e passando os finais de semana com a família.

O desafio para todos envolvidos era impulsionar a retomada de controle sobre a própria vida deste rapaz e para tanto, foram realizadas uma série de planos de vida que pudessem lhe proporcionar mais autonomia. Pensávamos em cursos gratuitos oferecidos pela comunidade principalmente, pois era seu desejo.

Chegou a ir acompanhado da mãe se inscrever para um curso de computação gratuito numa creche próxima. Ficamos aguardando o retorno da referida lista de espera à qual os candidatos se submetiam. Com a demora do telefonema, ele demonstrava ansiedade e resolvi entrar em contato para saber se formariam a turma com os inscritos. Nessa ligação, a professora me questionou o motivo de não haver um local apropriado “só para essas pessoas da saúde mental”. Mesmo com a tentativa de sensibilização da profissional para os objetivos que tínhamos, ele não foi chamado.

Então, para não desanimar, apostamos todos em outra oportunidade que apareceu de um curso de panificação e doces. Como profissional de referência, decidimos que eu o acompanharia nesta nova tentativa, dada a frustrante experiência anterior. Fazia parte do meu papel, nessa jornada de desmistificação da loucura, emprestar meu poder de contratualidade no território acompanhando ele para fazer a inscrição.

Durante o cadastro, mesmo se apresentando de maneira adequada e com autocuidado preservado, talvez pela aparência cheia de marcas e cicatrizes, as perguntas eram todas dirigidas a mim. “Onde ele mora? Ele tem filhos?”, às quais eu remetia que ele mesmo poderia responder.

Com simpatia, após algumas perguntas, ele disse que foi encaminhado pelo CAPS, para tentar isenção da taxa de inscrição. A professora que o cadastrava, em tom de brincadeira, aparentemente comovida pelo seu interesse no curso, disse que pegaria no pé dele nas aulas, caso ele não fizesse tudo certinho. Parecia falar com uma criança. Isso reflete a visão estigmatizante do “louco” agressivo ou infantil, incapaz de agir conforme as expectativas e exigências da sociedade.

Presenciar essa cena impulsiona a busca por mudanças de uma visão que desvaloriza e exclui a diferença, subestimando as capacidades dessas pessoas. Explorar o território com as pessoas que buscam cuidado no CAPS se mostra cada vez mais importante, para verificar os caminhos, preconceitos enfrentados, na tentativa de superar essas dificuldades e potencializar que essa pessoa seja vista como ser social. Permanecer na unidade de saúde quando não encontramos possibilidades, seja pela equipe reduzida ou pela falta de recursos, como a indisponibilidade de um veículo, por exemplo, traz uma grande inquietação diariamente como profissional. Desejo que essa inquietação se transforme em combustível para a busca de mudanças.

E durante as minhas reflexões, ele fazia o curso, sem faltar ou chegar atrasado um dia sequer. Ele estava sempre empolgado com as novas receitas e percebi que isso o aproximava cada vez mais da própria família, já que proporcionava conversas sobre o processo de aprendizagem, além da valorização do que ele produzia durante as aulas e em casa.

Ao final do curso, a mãe o acompanhou para receber um certificado, que ele exibia todo feliz na unidade. Tenho a impressão de que as conquistas dessa experiência não se bastaram somente no aprendizado de novas receitas que

adoçavam o dia a dia. É possível que este curso, associado às diversas ações de cuidado desenvolvidas por todos os atores envolvidos, tenha proporcionado ganhos de autonomia. A participação em um ambiente de aprendizagem deixou marcas de comprometimento com horários e tarefas que ele se propunha a fazer, assim como os novos dotes culinários criaram oportunidades de maior aproximação familiar, conquistada pela demonstração de interesse e dedicação por esta atividade social que é a de preparar uma refeição e se alimentar em conjunto.

4.4 O lugar do pesquisador e os reflexos de um processo investigativo dialógico

Apesar da proposta de criação de um produto técnico, exigido pelo mestrado profissional, como resultado deste processo investigativo, é imprescindível apontar as reverberações que o desenvolvimento desse estudo trouxe para pesquisadora, equipe e unidade de saúde, que podem ser consideradas também como um produto da pesquisa, possibilitando a mudança de olhar sobre o serviço por todos os envolvidos.

A experiência de estudar a própria prática de cuidado, foi um desafio. A produção de um diário de campo recheado de impressões sobre vivências, juntamente com os diálogos com os colegas proporcionados pelas entrevistas semiestruturadas e as conexões identificadas nesses momentos com os referenciais teóricos buscados, gerou muitas reflexões. Sentimentos de angústia ao salientar as dificuldades individuais ou coletivas e ao mesmo tempo a percepção da potência que ações construídas em conjunto têm, proporcionaram apoio e motivação para a continuidade do pensamento voltado para práticas transformadoras de cuidado voltado a pessoas que se encontram em situação de desorganização ou sofrimento.

Durante a realização da coleta de dados, optou-se pela não participação da antiga chefia da unidade na amostra, porém, após reunião sobre os objetivos deste estudo, a mesma colocou sua posição sobre os processos de trabalho, principalmente pela construção e desenvolvimento dos PTS. Esse diálogo culminou com propostas dessa antiga chefia, durante as reuniões gerais de equipe, de uma discussão e avaliação mais sistematizada e frequente dos PTS dos usuários que permanecem em regime de Hospital-dia ou Acolhimento-integral na unidade.

Acabamos passando por um processo doloroso de mudança de chefia ao longo da pesquisa, porém, ainda há momentos durante as reuniões gerais de equipe onde

são retomadas essas propostas pelos próprios profissionais, na tentativa da realização de um trabalho em saúde construído de forma mais reflexiva e compartilhada, que pode ser encarado também como uma consequência da realização deste estudo.

Apesar de envolver conceitos complexos, o clima das entrevistas não foi avaliativo e sim de valorização da percepção de cada um sobre suas experiências pessoais e de trabalho. O fato de a pesquisadora fazer parte da equipe parece ter facilitado a participação dos colegas na maior parte das entrevistas, demonstrando sentirem-se à vontade para falar sobre questões cotidianas, evidenciando suas opiniões e críticas, mesmo tratando-se das dificuldades enfrentadas, sem demonstrar receio.

É perceptível a demonstração de certa crença por parte dos profissionais entrevistados, na potência de estudos científicos como esse, para comprovar fatos que apontem para a obtenção concreta de melhorias, já que expõe a realidade do serviço.

Por algum tempo, parte dos trabalhadores participantes, procuraram a pesquisadora após as entrevistas, a fim de complementar suas respostas ou compartilhar outras opiniões e lembranças que esse processo provocou. A maior aproximação gerada e percebida com esses profissionais, certamente consolida relações de parceria, incentivando a construção conjunta com a valorização das ideias de cada um, por um propósito em comum, nesse contexto que compartilhamos.

O processo de entrevistas revelou dificuldades e potências na visão dos profissionais desta unidade referente ao seu dia a dia no trabalho pelo cuidado em saúde mental. A reflexão da prática, pela escuta de uma pesquisadora que vivencia a rotina como colega, trouxe retornos positivos em relação à valorização de suas opiniões e sentimentos, mostrando a potência de alcançar mudanças concretas no processo de trabalho, como observamos nas falas dos profissionais entrevistados:

“... a gente não tem tempo de falar! E você me ouvindo eu to me sentindo ótima, me ajudou... obrigada!” (E2)

“Acho legal você tá fazendo essa pesquisa, acho que a gente precisa de mais avaliação dos serviços, de entender como está o funcionamento dos CAPS, acho que isso reverte em melhoras pra gente.” (E3)

“... tem que ser provocativo mesmo, tem que fazer a gente refletir e se rever, rever alguns conceitos...” (E4)

“Acho que você tem que colocar no seu trabalho, enfatizar, essa coisa da capacitação mesmo, pra ver se muda! O objetivo é mostrar, propor e acontecer. Pode ser que não aconteça com o teu, mas vai lá outro e faz outra vez e propõe o mesmo. Uma hora alguma coisa muda, com tantos trabalhos chegando às mesmas conclusões. Que esses trabalhos sejam positivos, não só no papel, mas pra gente continuar trabalhando, tendo essa boa vontade que a gente tem, toda essa esperança que a gente tem, pra gente construir!” (E9)

“... foi bom até pra eu expor até um pouquinho as minhas angústias.” (E10)

Os questionamentos sobre a construção e desenvolvimento de PTS que direcionam diretamente a vida de indivíduos que apresentam algum sofrimento, que de certa forma os exclui da sociedade, significou provocar reflexões sobre o processo de trabalho e a própria instituição a todos os participantes, que percebem suas dificuldades, mas também identificam formas de superação desses obstáculos. As falas dos profissionais evidenciam a importância de possibilitar e valorizar momentos de reflexão e troca, que podem ser encarados como oportunidades de desenvolver seu conhecimento.

Esse pedido por capacitações parece não necessariamente precisar envolver a oferta de um curso, com um conteúdo exposto a ser absorvido, mas pode ser enxergado como um pedido de intensificação das trocas e do trabalho coletivo. Os conhecimentos não precisam vir de fora da equipe, mas podem partir da priorização dos profissionais, equipe e gestão, dos momentos de diálogo, como as reuniões de equipe e entre equipes dos serviços da rede.

A escolha de temas complexos a serem discutidos, como a própria construção e desenvolvimento do PTS, podem ser identificados facilmente pelas equipes no seu cotidiano de trabalho como pontos a serem estudados constantemente. Os funcionários parecem precisar de certo estímulo e apoio para priorizar esses momentos de troca dentro de suas unidades, já que atualmente a organização do serviço, aliada ao reduzido tamanho da equipe parece dificultar essa participação. Para tal, é imprescindível identificar que eles percebem a necessidade de um maior apoio e estímulo da gestão para garantir as possibilidades de adesão e, sobretudo, é importante que eles percebam que depende também deles próprios disponibilizar-se e reivindicar espaços qualificados de troca. Já as reuniões interequipes, parecem necessitar de maior investimento da coordenação de saúde mental e da secretaria de saúde para disponibilizar e promover espaços para tal, estimulando e possibilitando a

participação do maior número de funcionários da saúde, embora também dependa dos próprios trabalhadores se disponibilizarem e reivindicarem tais espaços.

Ações que multipliquem os espaços de compartilhamento podem aproximar os profissionais e contribuir para compor seu conhecimento sobre o próprio serviço e rede de saúde, aumentando o rol de recursos e potencialidades que estes podem se valer para enriquecer suas ofertas de ações de cuidado compartilhado com a comunidade. Essas ações tem o potencial de superar o isolamento dos profissionais dentro de suas equipes e o isolamento dos NAPS, na rede de saúde e sociedade, como lugar da saúde mental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa visou investigar a percepção dos profissionais sobre sua prática, organizada pela compreensão, construção e utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que se mostra como estratégia para direcionar o cuidado. Retomou-se ao longo do estudo, os referenciais teóricos sobre o processo de Reforma Psiquiátrica e como ele se desenvolveu e vem se desenvolvendo no país, com ênfase no município de Santos, pioneiro ao apresentar como proposta a criação de um modelo de cuidado além de assistencial-técnico, de organização de vida, através da criação de uma rede de serviços territoriais de cuidado.

O processo de desinstitucionalização traz uma mudança de paradigma, que ao invés de focar a doença, torna mais importante a existência em sofrimento das pessoas e a sua relação com o corpo social. O Movimento de Luta Antimanicomial, enfrenta os desafios inerentes à proposta de uma grande mudança nos papéis dos vários atores sociais, valorizando a questão do exercício dos direitos de cidadania das pessoas que se encontram em desorganização ou sofrimento mental, que de certa maneira não se encaixam aos padrões aceitos como esperados para uma vida em sociedade. É uma mudança de papéis, pela valorização de sujeitos capazes de protagonizar suas escolhas de vida. Há mudança do papel da instituição em relação aos usuários, que se coloca não mais como uma instituição total, mas como mais um componente de uma rede a ser acessada, que tem o papel de agenciar novos recursos e novas relações, modificando as cenas que geram a exclusão. O papel da instituição, também passa a ser a valorização desses indivíduos na sociedade, como sujeitos capazes de realizar todos os tipos de trocas.

Visto como um plano de ação compartilhado, o PTS é composto por intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral e deve ser elaborado em conjunto com o usuário. Sendo um processo dinâmico, com caráter provisório de construção, precisa ser revisto ao longo das relações e contextos de vida que estão em constantes transformações. Trata-se de algo a ser moldado e sustentado nos encontros, onde as reflexões geradas pela valorização e produção de saberes tem potencial de transformá-lo em reais projetos de vida.

Para a concretização da produção de projetos de vida, constatou-se que é essencial a formação de um vínculo de responsabilização mútua. O acolhimento,

realizado pelos profissionais sobre as demandas dos usuários e comunidade, permite pensar intervenções adequadas àquele momento. Ainda encontrou-se a importância do profissional de referência, como centralizador e elo entre todos os envolvidos no desenvolvimento de ações de cuidado.

A utilização do PTS como dispositivo de cuidado possibilita a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde e favorece o diálogo, a explicitação de conflitos e a aprendizagem coletiva. O PTS pode ser encarado como potente para desencadear processos de reflexão e ação nos trabalhadores, criando possibilidades de repensarem seu processo de trabalho e a instituição na qual estão inseridos, ampliando o trabalho interdisciplinar e funcionando como um método para a educação permanente.

A formação em saúde parece ainda valorizar o desenvolvimento de um modelo biologicista de cuidado, exigindo cada vez mais a necessidade de especialização dos profissionais. Essa fragmentação e a cristalização dos papéis de cada um podem acabar gerando ações de promoção de cuidado fragmentadas e descontextualizantes, já que inibe a produção dos processos compartilhados e a valorização de cada ação desenvolvida pelo cuidado. Essa questão se contrapõe às próprias propostas das políticas públicas de saúde e do modelo de cuidado psicossocial, proposto desde o início do processo de Reforma Psiquiátrica.

A realidade estudada apresentou desafios complexos. O estudo de caso de uma das unidades que compõem a rede de saúde mental e que é local de atuação profissional desta pesquisadora, possibilitou identificar pelas entrevistas semiestruturadas aplicadas aos colegas de equipe, questões a serem superadas pelo serviço, que podem caracterizar as necessidades de muitas unidades de saúde.

Não somente a questão física e estrutural do serviço, trazida como entrave na relação entre equipe deve ser questionada, pois o maior distanciamento parece ocorrer à nível das relações, tanto entre os operadores atuantes no cuidado, como destes com outros espaços sociais, fora da unidade de saúde. A importância do diálogo é consenso entre os trabalhadores, pois aproximando todos os atores envolvidos, trazendo trocas de diferentes olhares é que se pode compor respostas inovadoras e mais eficazes para o cuidado e desenvolvimento de projetos de vida que façam sentido.

Os momentos de compartilhamento podem acontecer nas reuniões de equipe e passagens de plantão, mas esses momentos precisam ser priorizados e de

participação garantida. O aprendizado coletivo pode ocorrer também no fazer junto, na prática compartilhada, pois é através da experiência concreta que se produz saberes potentes, complexos e inovadores. Também é imprescindível a efetivação de espaços de troca entre os serviços, instituições, grupos sociais formais e informais, para a construção de uma rede mais integrada e que não realize uma divisão dos sujeitos atendidos.

A falta de recursos humanos e materiais parece favorecer a desmotivação dos profissionais, que passam a enxergar na falta, a desvalorização do seu trabalho e se sentem desestimulados a pensar em alternativas reais. Os profissionais enfatizam as dificuldades encontradas, demonstrando a esperança de que difundir esses desafios através de uma pesquisa científica possa subsidiar ações concretas de mudança, como se as soluções pudessem vir apenas de fora e talvez isso enfraqueça a percepção de sua própria potência para alcançar melhorias.

De modo geral, podemos afirmar que o imaginário institucional sobre o NAPS está pautado na precariedade e esta impressão pode estar amortecendo a capacidade criativa dos profissionais, aumentando a sensação de imobilização de todos os envolvidos. Porém, além dos desafios identificados, pode-se perceber também a potência do trabalho no território, compartilhado através da reflexão das questões cotidianas e vivências da equipe, como as apontadas em diário de campo.

A escassez de capacitações é enfatizada, mas os profissionais parecem não valorizar seus conhecimentos adquiridos, não percebendo a possibilidade de trocas com os colegas para compartilhamento e resolução dos desafios encontrados com as pessoas atendidas. Aponta-se para os esforços em formação dos trabalhadores de saúde, sem deixar de valorizar o conhecimento prévio desses profissionais, como estratégia de superação e empoderamento desta reflexão, de fortalecimento da prática, na tentativa de produzir transformações não só dentro dos serviços, mas também em todos os contextos sociais onde se produz e se vive o sofrimento psíquico. Entende-se que a capacitação não resolve todos os problemas, mas pode instigar o aprendizado que se dá no cotidiano da prática, vinculado a projetos criativos de intervenção.

É imprescindível ressaltar que as práticas diárias são constantemente influenciadas pelas questões políticas. Porém, deve-se ter confiança que é possível investir em ações micropolíticas que promovam melhorias no atendimento ao usuário. Os profissionais não devem se deixar abater pela percepção de tantas dificuldades e

da precariedade dos serviços. Acredita-se que os processos de capacitação acerca de ofertas de cuidado, possa levar os profissionais a se inserirem cada vez mais no território de vida das pessoas e assim, despertar práticas de promoção de cuidado a toda uma comunidade.

As equipes também contam com o matriciamento, que visa a construção compartilhada de PTS e evita o processo de ambulatorização dos CAPS, que absorveriam as demandas identificadas como “de saúde mental”. O matriciamento também combate o isolamento dos CAPS, em sua tentativa de resolver todas as questões dos usuários atendidos, se fechando para a rede e a sociedade. A inserção dos profissionais, não somente em outros serviços da rede de saúde, como em outros locais do território, nos espaços de trocas sociais, é imprescindível para a busca da autonomia dos usuários, ao proporcionar e multiplicar os pontos de “dependências”, ampliando as redes de relações.

Aponta-se também as reverberações da realização desse tipo de estudo, que promove além da identificação de desafios a serem superados, formas e propostas de como isso pode ser realizado, de maneira a reinventar o serviço de acordo com as necessidades encontradas. Isso aponta para a importância da realização de mais estudos como este, que parte da reflexão e da espontaneidade do cotidiano, para propor novas possibilidades de se encarar os serviços de saúde mental.

A construção de uma proposta de ação direcionada aos trabalhadores apresentada como produto deste mestrado profissional é mais uma estratégia criada na tentativa de contribuir com a educação permanente, na intenção de potencializar o compartilhamento do processo de trabalho na busca pelo cuidado integral, visando práticas emancipatórias e promotoras de autonomia, que são capazes de produzir subjetividades a todos os envolvidos.

6 REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. 215 p.

ANDRADE, D, C. **Casa arrumada**. In:_____. Rio de Janeiro, 1902-1987.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 280 p.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. **Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**, Brasília, 5 ed, p. 17-19, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 12 de dezembro de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012. Indica os procedimentos de competência dos CAPS. **Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008..

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). **Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília: SDH/PR; SNPD, 2014.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. S. W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CECÍLIO, L.C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Léon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, 2014.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 34-42. Disponível em: <http://saebrasil.webnode.com.br/news/a%20educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20saude%20na%20pratica%20do%20psf/>. Acesso em: 15 jul 2017.

DELGADO, P. G. G. Reforma Psiquiátrica. **Módulo 2: Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos**. Curso: Álcool e outras drogas – da coersão à coesão. Florianópolis. UFSC. 2014. Disponível em: <<https://unarus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/Modulo-2.pdf>>. Acesso em: 15 jul 2017.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise. Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

FERIGATO, S.; SILVA, M. C. Saúde Mental e terapia ocupacional: a construção de um projeto terapêutico singular. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos**. São Carlos, v. 24, n. 2, p. 379-386, 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FRASER, M.T.D.; GODIN, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GOMES, R.; SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B.; PINHEIRO, R. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 11 ed. São Paulo: Papyrus, 2001. 56 p.

KINKER, F. S. Trabalho como produção de vida. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 8, n. 1, p. 42-47, 1997.

KINKER, F. S. Um olhar crítico sobre os Projetos Terapêuticos Singulares. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos**. São Carlos, v. 24, n. 2, p. 413-420, 2016.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. B; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

KINOSHITA, R. T. Projeto Terapêutico Singular. **Módulo 6: Recursos e Estratégias de Cuidado**. Curso: Álcool e outras drogas – da coersão à coesão. Florianópolis. UFSC. 2014. Disponível em:
<<https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/M%C3%B3dulo-6.pdf>>. Acesso em: 15 jul 2017.

KINOSHITA, R. T. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2009.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1455-1461, 2007.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 134 p.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v.20, n.58, p. 625-635, 2016.

LONDERO, I.; PACHECO, J. T. B. Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? Uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 11, n. 2, p. 259-267, 2006.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.13, n.3, p.127-34, 2002.

MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE, V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, 2006.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MORORÓ, M. E. M. L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial**. 2010. 110f. Dissertação mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. 154f. Dissertação mestrado em ciências sociais. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. 205f. Campinas, 2003. Tese doutorado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 204 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 10 jun 2017.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.75-91, 2003.

PEZZATO, L. L´ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando intervenções na saúde bucal coletiva. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011.

POLANYI, M. **Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy**. Londres: Routledge, 1958. 503 p.

RIGOTTO, R. M. O Homem e o Trabalho. In: RIGOTTO R.M.; ROCHA, L. E.; BUSCHINELLI J. T. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vidas, Doenças e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 25-32.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. São Paulo: Editora Record, 2012.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

TENÓRIO, F. A. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE, M. S. B. **Projeto Terapêutico como dispositivo de cuidado em saúde mental**. Fortaleza: EdUECE, 2013.

VENTURINI, E. Saúde Mental e Direito: a contenção em psiquiatria . In: VELÔSO, T. M. G.; EULÁLIO, M. C. (Org). **Saúde Mental**: saberes e fazeres. Campina Grande: Eduepb, 2016. p. 23-65.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 205 p.

Apêndice 1 – Roteiro para Entrevista Semiestruturada

Identificação e Formação

Formação Profissional/Ano:

Tempo de atuação na saúde mental:

Tempo de atuação no CAPS em questão:

Tem alguma formação específica na saúde mental:

Exerce outra atividade de profissional fora do CAPS:

Concepções a respeito da sua prática profissional

1. O que é cuidar para você e qual é o objetivo do CAPS?
2. Conte como se dá um dia de trabalho, falando um pouco sobre as ações que realiza. Você considera alguma destas ações como essencial no tratamento em saúde mental?
3. Quem são os usuários que procuram o CAPS e quais são suas principais necessidades?
4. O que você entende por Projeto Terapêutico Singular (PTS)? Já recebeu alguma informação sobre o tema? Para você, quais os objetivos de utilizar esse recurso?
5. Como se constrói um plano de cuidado, o PTS, de cada usuário? Quem participa, e de que forma, dessa construção? O que é importante e quais as dificuldades e limites no desenvolvimento destas ações?
6. Há profissional de referência para o usuário? Para que serve?
7. O CAPS realiza visitas ou desenvolve atividades em locais no território visando inclusão social? E junto a outros parceiros da rede de saúde? Fale um pouco quais são esses locais e a frequência destas ações.
8. Como o serviço lida com as situações de crise? O que te mobiliza nessas situações?
9. Com que frequência ocorre reunião de equipe do serviço? Você participa? Como são essas reuniões?
10. Como se dá o trabalho em equipe no dia a dia? Fale um pouco sobre as facilidades e dificuldades.

11. Quais são os maiores desafios que você enfrenta no cotidiano de seu trabalho? Você percebe os resultados de sua prática profissional com os usuários e no serviço de saúde?

12. Gostaria de estudar sobre algum tema ou receber algum tipo de orientação específica que pudesse contribuir para melhorar ou facilitar seu trabalho?

Sinta-se a vontade para comentar sobre a entrevista.

Obrigado pela participação e disponibilidade!



Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
 Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde-
 Modalidade Profissional

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado a participar do estudo “**DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPS EM SANTOS**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Natália Cyrillo Wagner e orientação do Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker.

Esta pesquisa pretende investigar a percepção da prática profissional e dos processos de trabalho, a fim de compreender o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial, como dispositivo de promoção de mudança na assistência à saúde mental, em relação ao modelo hospitalocêntrico. A pesquisa consistirá em responder a uma entrevista, onde serão utilizados registros escritos e gravados em áudio.

Não são esperados riscos ou desconfortos diretos, porém, caso sinta qualquer incômodo, fica garantida a liberdade da retirada de seu consentimento e participação em qualquer momento da pesquisa. Não haverá despesa ou remuneração. Os resultados serão analisados e publicados, mas sua identidade será guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Av. Cons. Nébias, nº 325 – Vila Nova – Santos, pelos telefones (13) 3221-1217 ou (11) 9862-52268, ou pelo e-mail nataliacwagner@gmail.com. Em caso de consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, pelo telefone (13) 5571-1062, FAX (13) 5539-7162 ou por e-mail, através do cepunifesp@epm.br.

Este termo será assinado em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador.

Eu, _____, RG n.º _____,
 _____, CPF n.º _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim.

 Assinatura do sujeito de pesquisa

 Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.

 Assinatura do responsável pelo estudo

 Data

Apêndice 3 – Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
PAULO - HOSPITAL SÃO PAULO
UNIFESP-HSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A EXPERIÊNCIA DE UM CAPS EM SANTOS

Pesquisador: Natália Cyrillo Wagner

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55654216.1.0000.5505

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 1.550.362

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0559/2016

Ao final da década de 80, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), aconteceram as primeiras iniciativas de substituição ao modelo hospitalocêntrico no Brasil, onde se destaca a experiência da cidade de Santos, num processo de criação da primeira rede de serviços de saúde mental de base comunitária do país. Mesmo dentro de um processo de mudança de paradigmas, espera-se que o cotidiano de trabalho apresente dificuldades no processo de implantação do modelo de atenção psicossocial. Acredita-se que o caminho de reflexão da prática possibilite encontrar maneiras mais eficazes de comunicação e compartilhamento entre os serviços de saúde mental, ao mesmo tempo em que possa subsidiar a implantação de ações que contribuam para a superação dos desafios encontrados no cotidiano de trabalho, permitindo a ampliação do exercício da cidadania, desenvolvimento da autonomia e melhora da qualidade de vida de seus usuários. O objetivo principal desta pesquisa é investigar a percepção dos profissionais acerca de sua prática, abordando temas do cotidiano de trabalho, organizados pela compreensão, construção e utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar o cuidado. Trata-se de uma abordagem qualitativa e para alcançar os objetivos, será realizado estudo de caso em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Santos, equipamento especializado para o atendimento aos casos ditos severos e persistentes, enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial. Busca-se identificar nesse serviço, através de entrevistas semi-estruturadas aplicadas a 10 profissionais da equipe, a promoção das mudanças preconizadas pelo Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, utilizando um recorte sobre um

dos recursos de organização de estratégias utilizado pela equipe de atenção, que consiste no Projeto Terapêutico Singular, fruto deste processo de mobilização. O conjunto de dados produzidos será analisado na perspectiva da Análise de Conteúdo Temática. Espera-se encontrar na experiência, as potencialidades e dificuldades da transição do modelo de atenção à saúde mental, bem como pensar a qualidade dos esforços em formação dos trabalhadores de saúde e apontar estratégias de superação e empoderamento desta reflexão pela equipe deste e de outros serviços de saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

-Hipótese: Embora dentro de um processo de ascensão do modelo de atenção psicossocial, espera-se que o cotidiano de trabalho apresente dificuldades, que podem refletir nos resultados sobre a efetividade da (re) inserção dos indivíduos em sofrimento mental grave na sociedade e no seu processo de cuidado à saúde e desenvolvimento de autonomia. Essas dificuldades podem estar relacionadas a diversos fatores, incluindo as lacunas no processo de formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, entende-se que há um movimento flutuante dos trabalhadores em relação aos desafios enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde mental, movimento que ora é criativo, ora demonstra falta de potência. Parece ser possível identificar tanto fatores positivos como negativos que contribuem para tal, portanto, a proposta deste estudo é identificar a percepção dos profissionais sobre sua prática, para que seja possível refletir sobre os resultados encontrados com relação a esta percepção. Espera-se descobrir formas inovadoras e eficazes para lidar com a realidade encontrada, de acordo com a percepção dos sujeitos envolvidos com o cuidado.

-Objetivo Primário: No que diz respeito a esta pesquisa, o objetivo principal é investigar a percepção dos profissionais acerca de sua prática, abordando temas do cotidiano de trabalho, organizados pela compreensão, construção e utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar o cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-Riscos: São considerados mínimos os riscos diretos ou indiretos em que os participantes da pesquisa estarão expostos. A participação é voluntária podendo ser revogada em qualquer momento do estudo frente a qualquer desconforto do entrevistado.

-Benefícios: Não haverá despesas, compensações ou benefícios diretos pela participação. No entanto, a participação em pesquisas que abordam o cotidiano de trabalho pode contribuir para o enriquecimento da prática dos sujeitos envolvidos, uma vez que estimula processos reflexivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, vinculado ao Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, com orientação do prof. Dr. Fernando Sfair Kinker.

TIPO DE ESTUDO: Trata-se de uma abordagem qualitativa e para alcançar os objetivos

LOCAL: Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Santos - o CAPS CENTRO

PARTICIPANTES: 10 profissionais da equipe do referido Centro: cinco funcionários de nível superior e cinco funcionários contratados por nível médio ou técnico, envolvidos no cuidado aos usuários de forma direta, como profissionais de referência dos usuários ou de apoio.

PROCEDIMENTOS:

-Será realizado estudo de caso em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Santos. Busca-se identificar nesse serviço, através de entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos profissionais da equipe, a promoção das mudanças preconizadas pelo Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, utilizando um recorte sobre um dos recursos de organização de estratégias utilizado pela equipe de atenção, que consiste no Projeto Terapêutico Singular, fruto deste processo de mobilização. O conjunto de dados produzidos será analisado na perspectiva da Análise de Conteúdo Temática.

- Primeiramente será considerada a observação participante, marcada pelo contato direto, frequente e prolongado do investigador com os atores sociais.
- O diário de campo será uma ferramenta utilizada para registrar dados e percepções da pesquisadora, que permitirá refletir as experiências para posteriormente auxiliar na discussão e análise dos resultados.
- Os tópicos do roteiro da entrevista envolvem as informações básicas do profissional; relação com a unidade; formação; rotinas e ações de trabalho; relação com PTS; entendimento das relações institucionais e do trabalho em equipe; e possíveis formas de orientação e melhoria na qualidade do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; TCLE
- 2- outros documentos: a)-autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos – Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde (Pasta: Outros-Submissão 2; Documento: Aceite_do_COFORM.pdf)

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir da data de aprovação final, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	29/04/2016		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/04/2016	Natália Cyrillo	Aceito
Outros	Aceite_do_COFORM.pdf	19/04/2016	Natália Cyrillo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/04/2016 14:58:01	Natália Cyrillo Wagner	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_Pesquisa.doc	19/04/2016 14:57:43	Natália Cyrillo Wagner	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2016

Assinado por:

**Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)**

Apêndice 4 – Produto Técnico

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA**

**Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde
Modalidade Profissional**

NATÁLIA CYRILLO WAGNER

**OFICINAS PROBLEMATIZADORAS SOBRE OS PROJETOS TERAPÊUTICOS
SINGULARES (PTS)**

Produto Técnico da Dissertação de Mestrado Profissional pela linha de “Educação Permanente em Saúde”, intitulada: **Desenvolvimento do cuidado em saúde mental no contexto de consolidação da Reforma Psiquiátrica: a experiência de um CAPS em Santos.**

Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

Santos
2017

APRESENTAÇÃO:

A presente proposta é fruto da dissertação intitulada **Desenvolvimento do cuidado em saúde mental no contexto de consolidação da Reforma Psiquiátrica: a experiência de um CAPS em Santos**, desenvolvida no mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde, que promoveu uma articulação teórico-prática, na busca por transformações dos cenários envolvidos com a atenção ao sofrimento psíquico.

A pesquisa ocorreu no próprio ambiente profissional da pesquisadora e buscou investigar a percepção dos profissionais acerca de sua prática, organizada pela compreensão, construção e utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia para direcionar o cuidado. Nesse sentido, é importante reafirmar os PTS como produtores de reflexão e construção compartilhada, desta forma, constituiu-se em um espaço no qual não há hierarquia de saber.

A partir desse objetivo, pretendeu-se colaborar para os processos de educação permanente em saúde. Como prática de ensino-aprendizagem, a educação permanente está relacionada à produção de conhecimentos no cotidiano dos serviços de saúde, tendo a experiência dos atores como base de interrogação, reflexão e mudança da realidade vivida.

A partir do material obtido com a pesquisa, planejou-se a construção e implementação do seguinte produto voltado para produzir ações de educação permanente na saúde mental, que se constitui em oficinas problematizadoras dos PTS.

OBJETIVOS:

Apresentar os resultados do estudo e realizar discussão e reflexão do processo de trabalho em Saúde Mental. Criar possibilidades coletivas de capacitação dos profissionais sobre sua prática, enfatizando a construção e desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares e do trabalho em equipe integrado, valorizando os conhecimentos prévios de cada um dos participantes. Pretende-se potencializar os espaços de educação em saúde.

OFICINAS PROBLEMATIZADORAS DOS PTS:**ETAPAS:**

- Dinâmica de boas-vindas;
- Apresentação dos resultados da pesquisa utilizando-se apresentação em slides para favorecer a visualização do percurso;
- Discussão sobre os processos de trabalho em saúde;
- Divisão em pequenos grupos para discussão de material e proposta de discussão de um PTS, onde os profissionais podem representar equipe de profissionais de saúde, usuários do serviço, familiares e outros atores envolvidos no processo de cuidado;
- Roda de conversa para socialização das discussões e propostas;
- Vídeo de fechamento
- Avaliação da oficina (questionário simples de satisfação)
- Confraternização

PÚBLICO ALVO: Profissionais da saúde mental de Santos.

DATA, HORÁRIO E LOCAL: A definir, com duração de aproximadamente 3 horas.