UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA

LETÍCIA DA MOTA NERI

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL

Santos
2014

LETÍCIA DA MOTA NERI

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL

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

Orientadora: Prof[a] Dr[a] Flávia Liberman

Santos

2014

Neri, Letícia da Mota, 1978-

N445p Projeto terapêutico singular : desafios e perspectivas em uma unidade de saúde mental. / Letícia da Mota Neri; Orientadora: Profa. Dra. Flávia Liberman. – Santos, 2014

60 f. : il. 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da saúde, 2014.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3.Educação permanente em saúde. I. Liberman, Flávia, Orientadora. II. Título.

CDD M610.7

Dedico este trabalho aos usuários
do Núcleo de Apoio Psicossocial I (NAPS I)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente quero agradecer à minha orientadora Flávia Liberman, pela parceria, compreensão e carinho em cada um dos meus desafios nessa experiência do Mestrado Profissional.

Agradeço aos meus pais e irmãos, por acreditarem em mim incondicionalmente; agradeço especialmente à minha mãe, que não me deixou desistir, suportando todas as minhas pequenas crises quase rotineiras, fazendo-me acreditar no amor todos os dias.

A minha gratidão a Mary que num trabalho incansável vem me auxiliando a rever meus processos de autoconhecimento e aceitação com sensibilidade e dedicação.

Aos meus colegas de trabalho, que comigo dividem essa árdua rotina na saúde pública, de luta, esforço e coragem, que tanto me auxiliaram nessa jornada de estudo e produção.

Aos professores do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde e do Curso de Especialização Formação e Cuidado em Rede, que me abriram novas portas do conhecimento, estimulando a seguir um caminho profissional com reflexão e coragem para mudar. Agradeço muito pela delicadeza de cada um de vocês!

Aos colegas do Mestrado Profissional, que trouxeram alegria, luz e gentileza para cada um dos nossos encontros.

Às colegas do Curso Formação e Cuidado em Rede, que trouxeram olhares sensíveis, experiência e estímulo à minha prática. Como é bom saber que existem profissionais como vocês, que acreditam no SUS, no trabalho em rede, na transformação!

Aos alunos da Unifesp que vêm trilhando o caminho de aprendizado junto comigo: estagiários, residentes, bolsistas – obrigada pela companhia. O meu agradecimento especial a Yara Sá que me reaproximou da universidade, abrindo portas incríveis para a minha trajetória profissional.

A Mônica e Hailton pela presença e amizade tão familiares em minha vida.

Aos amigos do Maracatu Quiloa, por trazerem cores e ritmos para a minha caminhada.

E finalmente aos componentes da banca avaliadora por terem aceitado meu convite de dividirem essa reflexão comigo.

RESUMO

O Projeto Terapêutico, considerado um importante dispositivo de gestão e reformulador das estratégias de organização de equipes, surgido e disseminado para outras áreas da saúde durante a Reforma Psiquiátrica Brasileira, torna-se um dos objetos desta pesquisa cujo objetivo geral é conhecer a relação da equipe de funcionários do Núcleo de Apoio Psicossocial I (NAPS I) Zona Noroeste/Santos-SP com o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular, buscando detectar os limites e potencialidades para sua realização, além de contribuir para a criação de espaços de troca e aprendizagem na equipe. Para esse fim, o estudo de caso foi privilegiado considerando a dinâmica da equipe de Saúde Mental do NAPS I com foco na temática relacionada ao Projeto Terapêutico Singular como unidade de análise. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com quinze funcionários elegíveis para a pesquisa, sendo tratados por meio de análise de conteúdo. A desarticulação entre as equipes de enfermagem e equipe técnica, as falhas na comunicação e as práticas fragmentadas aparecem como obstáculos para a construção de Projetos Terapêuticos. Eixos norteadores importantes como centralidade nas necessidades dos usuários, ferramentas como escuta, vínculo e interesse estão presentes nas ações terapêuticas citadas nas entrevistas. Foi possível identificar uma complexa rede de tensões e potencialidades motivadoras para iniciar um importante processo de reflexão na equipe.

Palavras-chave: Saúde mental, Serviços de saúde mental, Educação permanente em saúde.

ABSTRACT

The Therapeutic Project, considered as important means of management and of reformulating strategies for organizing staffs, emerged and spread to other areas of Health Care during the Brazilian Psychiatric Reform. It now becomes one of the objects of this research, whose overall goal is to know the relationship between the staff of the Center for Psychosocial Support I (NAPS I), Northwest Zone/Santos-SP, and the process of building the Single Therapeutic Project, while trying to detect the limits and potentials for its achievement, as well as contributing to the creation of spaces for exchanges and learning. To this end, the case study was granted privilege, considering the dynamics of the Mental Health staff of NAPS I, which focused on themes related to the Single Therapeutic Project as a unit of analysis. Data were collected through semi-structured interviews with fifteen employees eligible for the study and were treated by means of content analysis. The disconnection between the nursing staff and the technical staff, miscommunications and fragmented practices appear to be obstacles to the building of therapeutic projects. Important guiding principles such as centering on the needs of users, tools such as listening, bonding and being interested are present in the therapeutic actions quoted in the interviews. It was possible to identify a complex web of tensions and motivating potentialities to start an important process of thoughtful consideration by the staff.

Keywords: Mental Health, Mental Health Services, Continuing Health Care Education.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9
1. CAMINHANDO PELA HISTÓRIA 12
1.1 Saúde mental ontem e hoje 12
1.2 O cenário que encontramos 16
2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR 21
3. OBJETIVOS 26
3.1 Objetivos específicos 26
4. TRAJETÓRIA DA PESQUISA 27
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS 31
5.1 Presente e passado: um diálogo frequente 33
5.2 Organização da equipe 37
5.3 Projeto Terapêutico Singular 41
5.3.1 Centralidade na pessoa – parceria entre equipe e usuário – construção compartilhada 42
5.3.2 Articulação com o território 46
5.4 Práticas cotidianas de reflexão 47
CONSIDERAÇÕES FINAIS 50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53
APÊNDICES 57

APRESENTAÇÃO

Em setembro de 2009 iniciei meu trabalho como terapeuta ocupacional no Núcleo de Apoio Psicossocial I (NAPS I) – Zona Noroeste do município de Santos, SP. Tempos difíceis, a baixa de recursos humanos dava a tônica do trabalho diário: alto número de plantões semanais, sobrecarga de trabalho e insatisfação gerada principalmente pela falta de resolução de grande parte das questões. A escassez de médicos trazia para o serviço um excesso de casos não resolvidos, tendo em vista que grande parte da demanda se encontra no atendimento médico, mais especificamente na busca por medicação. Em muitos momentos, com a falta de médicos e técnicos víamos nossas funções perdendo-se e nossos colegas adoecendo.

Nos anos seguintes as dificuldades mantiveram-se de forma inconstante, mas com a presença e a resistência de uma equipe guerreira e corajosa. Apesar da adaptação, da criatividade para vencer as dificuldades da rotina, o incômodo com a resolução pragmática dos problemas permaneceu.

O ano de 2013 trouxe inúmeras transformações na unidade. Mudança política e na chefia direta provocaram um período de adaptação tumultuado na equipe. Por um lado, ânimos revigorados contrastavam com queixas constantes; transferências e afastamentos caracterizavam o quadro de funcionários. Por outro lado, profissionais recém-chegados à equipe traziam um novo olhar, menos contaminado pelas dificuldades contínuas, mais criativo e disponível. Alguns termos e práticas pareciam estar sendo retomados, inclusive o Projeto Terapêutico Singular, assim como a ação do profissional de referência. Embora incipiente e desorganizado, o processo de reuniões e discussões de caso foi reestabelecido semanalmente. A interação com a universidade começava enfim a ter um caráter menos individual e mais institucional.

O incômodo com a resolução pragmática dos problemas, o “apagar incêndios”, a pouca reflexão diante de uma realidade trouxe a necessidade de entender os processos que envolviam equipe e usuários. A partir disso, o Projeto Terapêutico Singular tornou-se objeto deste estudo, por conter em seus conceitos, principalmente, a organização das equipes e a centralidade no usuário. Afinal, é a partir do incômodo que se torna possível iniciar processos de discussão e reflexão sobre a prática.

> [...] a condição indispensável para que um trabalhador ou organização decida sobre mudanças ou incorporar novos elementos na sua prática e a seus conceitos é o incômodo, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do seu trabalho. Esse incômodo ou percepção de insuficiência tem que ser intenso, vivido e percebido. [...] A vivência e a reflexão sobre as práticas são as que podem produzir incômodos e a disposição para se produzir alternativas de práticas e conceitos, para enfrentar os desafios das transformações. (FEUERWERKER, 2014, p.96)

Feuerwerker (ibidem) refere que em vários lugares do SUS há iniciativas de utilização da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para implementar, de maneira participativa, determinadas linhas de ação, como trabalho sobre indicadores, humanização, implementação de ações programáticas e certas iniciativas de capacitação.

Esta autora acredita que somente a partir da realidade local e das características específicas dos atores torna-se possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano. Relata ainda que poucas vezes as experiências de educação permanente em saúde têm sido usadas como estratégia para ampliar os encontros e a produção mútua entre trabalhadores e usuários, para aumentar a construção de projetos terapêuticos compartilhados não somente entre profissionais, mas também entre profissionais e usuários, que levem em conta a autonomia do usuário na condução de sua própria vida.

E é nessa perspectiva que se desenvolve esta pesquisa, considerando o “Projeto Terapêutico Singular, enquanto dispositivo de gestão capaz de provocar processos de reflexão e ação nos trabalhadores de saúde abrindo possibilidades de eles repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos”. (OLIVEIRA, 2010)

Precisamos repensar nosso processo de trabalho, o trabalho em equipe, as ações individuais e compartilhadas, nossas práticas cotidianas de reflexão, o trabalho em rede; precisamos reconsiderar nossa prática considerando as necessidades dos usuários – esse usuário de saúde mental da Zona Noroeste de Santos, já marginalizado por sua condição, vivendo em uma área de extrema vulnerabilidade social e que vivenciou ou reconhece a experiência santista na Reforma Psiquiátrica Brasileira, a construção dessa unidade com suas glórias e

frustrações; esse usuário que vivencia as transformações na saúde mental, principalmente a medicalização como norteadora do processo de tratamento.

É preciso repensar a instituição, o NAPS I, carregado de história e interferências das políticas municipais, da rotatividade de profissionais, do nosso espaço, do nosso território.

A importância da experiência santista no contexto histórico da reforma psiquiátrica brasileira (que impactou não só a política de saúde mental, mas as concepções pioneiras e avançadas na implementação do SUS) é base para importantes estudos e artigos desenvolvidos até os dias de hoje. Inúmeras pesquisas e projetos foram ali iniciados com base nas propostas da reforma psiquiátrica e em importantes particularidades envolvendo a cidade de Santos.

E é nesse cenário, no NAPS I, o primeiro da cidade de Santos, que completa 25 anos em 2014, que realizo minha pesquisa, face a face com o observado, enfrentando o duplo papel pesquisador/trabalhador, revendo meus próprios processos de trabalho, colhendo dados do meu próprio cotidiano.

1. CAMINHANDO PELA HISTÓRIA

1.1 Saúde mental ontem e hoje

Na década de 1990, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas como as principais diretrizes para o processo de reforma e para a implementação da política nacional de saúde mental, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural (NICÁCIO, 2003).

A partir de diversas manifestações e experiências ocorridas no cenário nacional, dentre elas, as vindas de Franco Basaglia ao país em 1978 e 1979, que contribuíram decisivamente para a constituição do movimento de transformação no país, bem como o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), criado no Rio de Janeiro em 1978 configurado posteriormente como principal ator e sujeito político da reforma (AMARANTE *et al*, 1998, 2007). Esse movimento assumiu o relevante papel de produzir o debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação,[1] reclusão e discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social (NICÁCIO, 2003).

Em 1987, o MTSM sofreu profundas transformações tornando-se um movimento com efetiva participação de usuários e familiares, ampliando sua luta para além da transformação asilar e assumindo um movimento de crítica ao saber psiquiátrico e de defesa dos direitos dos usuários. O conceito de cidadania passou a ser discutido mais amplamente devido à conjuntura brasileira de redemocratização, com ênfase para a democratização das relações.

> Em 1989, vários profissionais, participantes do movimento assumiram a coordenação municipal de programas de saúde mental comprometidos com os preceitos do SUS, com a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com

1 Cronificação vem a ser a tendência a institucionalizar a doença crônica (lembrando que o transtorno mental tem caráter crônico). Alguns autores apontam que a institucionalização tem influente papel em induzir à cronificação.

> transtornos mentais e com a criação de um modelo de atenção em saúde mental substitutivo ao modelo asilar. Desenvolveram-se diversas experiências no cenário nacional e no Estado de São Paulo [...]. (ibidem, p.43)

Em maio de 1989, a Prefeitura Municipal de Santos, após uma série de denúncias de maus tratos e mortes violentas ocorridas na Casa de Saúde Anchieta, realizou intervenção nesse hospital, com o objetivo inicial de pôr fim à situação calamitosa em que se encontravam os pacientes ali internados (KINOSHITA, 1996).

Com a desconstrução do Casa de Saúde Anchieta e o início da produção de novas instituições, organizado em torno dos chamados NAPS, “vislumbrou-se a possibilidade de transformação da assistência psiquiátrica na cidade e que servisse de estímulo para o resto do país” (idem, 2009), tendo início o programa de saúde mental que, a partir da desmontagem do interior do manicômio, projetou a construção da saúde mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social (NICÁCIO, 1994 *apud* NICÁCIO, 2003).

De acordo com Kinoshita (1996), o desafio cotidiano era encontrar meios e instrumentos que pudessem servir como mediação entre o hospital e a cidade. A estratégia inicial foi introduzir uma nova organização do espaço hospitalar, além de transformações nas relações de trabalho, de assistência e de convivência.

Alas e enfermarias foram sendo estabelecidas segundo uma correspondente divisão da cidade em regiões, permitindo deste modo que as equipes pudessem conhecer melhor as regiões de origem dos pacientes, tendo como tarefa a construção de projetos no próprio território de sua pertença.

Posteriormente, a enfermaria do hospital correspondente a uma dada região era fechada à medida que se implantava no município um novo serviço: o citado Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo a equipe responsável por cada região deslocada para o novo serviço, juntamente com os usuários que já vinha acompanhando. Cabe ressaltar que antes da implantação de cada serviço, ocorreram discussões, apresentações de vídeos e esclarecimentos a respeito dos novos princípios da saúde mental com a população local, nas associações de bairro, igrejas e clubes, caracterizando um processo de construção democrática. (REIS, 1998; KINOSHITA, 1996).

Kinoshita (1996) refere ainda aspectos importantes como a reconstrução da identidade dos pacientes e reativação das subjetividades, dirigidas para um projeto de interferir no espaço social, na comunidade.

Segundo Kinker & Nicácio (1996), na trajetória santista, a ruptura da cultura da tutela institucional, como resposta única e absoluta à diversidade, fez emergir o desafio de produzir autonomia e inserção de “novas subjetividades” que então entraram em cena. Kinoshita (1996) traz a prioridade aos projetos de vida como uma das características essenciais para o modelo substitutivo. Para esse autor é necessário dedicar tempo, inteligência e energia para o desenvolvimento de projetos de vida capazes de prover a reprodução social e promover a qualidade de vida.

Para esse propósito, a experiência santista operou no sentido de construir uma rede de saúde mental no território, afirmando os direitos à cidadania e substituindo o manicômio por uma rede de núcleos de atenção psicossocial.

> Expressando projetos singulares, orientados por referenciais teóricos diversos, essas experiências alcançaram uma significativa relevância no cenário nacional ao assumirem a defesa e a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e demonstrarem a possibilidade de implementação de serviços e de uma rede diversificada de atenção em saúde mental que viabilizasse a transformação da lógica asilar. (NICÁCIO, 2003, p.50)

Nicácio (ibidem) afirma que o momento de construção do NAPS da Zona Noroeste, inaugurado em setembro de 1989, primeira instituição produzida no processo de transformação e desconstrução do Anchieta, concentrou um conjunto de indagações e discussões que sintetizavam o desafio de projetar a rede e os novos serviços substitutivos. Koda & Fernandes (2007) relatam que nesse período a cidade de Santos teve um forte respaldo da administração municipal para o fechamento do hospital psiquiátrico local e a implementação das novas práticas. Uma década depois, no final dos anos 1990, a mudança de gestão municipal traria a falta de suporte da administração para os serviços, gerando um empobrecimento das práticas com desarticulação da rede, falta de investimentos e desmobilização da equipe como alguns dos efeitos desse momento. Tenório também cita as mudanças políticas como ameaça ao Programa de Saúde Mental:

> Como se sabe, a vitória do campo conservador nas eleições municipais de 1996, ratificada em 2000, delineou um quadro de grave ameaça ao Programa de Saúde Mental. Embora nenhum dos cinco NAPS tenha sido fechado, equipes foram desarticuladas, lideranças do processo estão sofrendo forte retaliação e os antigos proprietários da casa de Saúde Anchieta estão tentando reaver judicialmente a propriedade da clínica, com o beneplácito da administração atual. Mesmo com seu futuro ameaçado, a experiência de Santos continua sendo uma referência paradigmática da implementação de novas formas de tratar em saúde mental. (TENÓRIO, 2002, p.39)

No Brasil, as portarias n.189/91 e n.224/92 instituíram várias modalidades, dentre as quais os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que foram reestruturados pelas portarias n.336/2 e n.189/2, estabelecendo várias modalidades de CAPS (AMARANTE, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial constituem-se nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III de acordo com o porte, a complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2004). Em 2002 os NAPS de Santos foram cadastrados como CAPS III (mantendo ainda dentro disso a terminologia inicial), de acordo com a Portaria n.336/GM de fevereiro de 2002.

Os CAPS III definidos segundo essa portaria têm capacidade operacional para municípios com população acima de 200.000 habitantes, constituindo um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana, entre outras designações.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular a integração social e familiar, apoiá-los nas iniciativas de busca por autonomia, oferecer atendimento médico e psicológico. São dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer frente à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

A característica principal dos CAPS é buscar integrar os pacientes ao território, onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência

justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Para Amarante (2007), os serviços de atenção psicossocial procuram dispor de operadores de diversas categorias profissionais, consideradas “externas” à área da saúde, procurando desenvolver ao máximo suas habilidades em atuar no território. O serviço pode ser considerado tanto mais de base territorial, quanto mais for capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade.

Nesses serviços, a atenção deve estar centrada no acolhimento, no vínculo entre trabalhadores e usuários, na participação da família e na responsabilidade de cada membro da equipe no desenvolvimento de projetos terapêuticos. Estes devem ser individualizados e incluir a participação do usuário, respeitando suas escolhas e limites, visando à inserção social e a uma melhor qualidade de vida (MÂNGIA, 2006).

A Portaria n° 3088 de 23 de Dezembro de 2011 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.

1.2 O cenário que encontramos

De acordo com Ballarin *et al.* (2010), especificamente nesta última década, inúmeras medidas foram tomadas no sentido de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, entre leis, criação de programas estratégicos de qualificação, portarias e publicações.

Apesar das tentativas do governo federal de consolidar os objetivos da reforma psiquiátrica, Kinoshita, em relação à cidade de Santos, reforça que:

> Na atualidade, embora a macro estrutura da rede municipal ainda seja preservada nas duas dimensões mínimas, o racional do sistema foi abandonado pelas administrações que se seguiram. No geral, os NAPS se resumem a “núcleos de assistência”, com baixa responsabilização pelas demandas locais. Não ocorre mais a polarização entre psiquiatria e antipsiquiatria, restando apenas o polo da psiquiatria, que isolado, tende a limitar-se às suas funções de controle do desvio. (KINOSHITA, 2009)

A desestruturação atual dos serviços de saúde mental em Santos também pode ser percebida pelo “inchaço” do sistema, com grande número de usuários para baixo número de profissionais envolvidos e estruturas defasadas. O panorama atual aproxima-se do explicitado por Oliveira:

> No cotidiano dos serviços as práticas de planejamento concentram-se muito mais na resolução pragmática de problemas do que propriamente na produção de novos contextos. A tensão instaurada pelas políticas de produtividade adotadas pela gestão de muitos municípios e também pelos estados e governo federal contribui para um “produtivismo” voltado para o aumento de produção de procedimentos, sem, necessariamente, implicar produção de saúde e melhor qualidade de vida. (OLIVEIRA, 2008, p.290)

Gonzaga (2012) aponta, em sua pesquisa relacionada aos encaminhamentos feitos aos CAPS III, que uma das mudanças mais perceptíveis nos NAPS de Santos é a perda de sua característica original de priorizar o atendimento ao paciente psicótico e neurótico grave: a excessiva demanda de “casos leves” é a maior dificuldade enfrentada por esses serviços e desvia a atenção dos profissionais dos casos realmente graves, que necessitam de atenção mais intensiva e constante.

Atualmente o município de Santos conta com doze unidades referenciadas pela Coordenação de Saúde Mental, pertencente aos Serviços de Atenção Especializada da Prefeitura Municipal de Santos. Entre elas, há três serviços voltados à infância ou Seções Centro de Valorização da Criança (SCVC), além da Seção Lar Abrigo (Selab), Seção de Reabilitação Psicossocial (Serp), Seção Centro de Referência Psicossocial do Adolescente (Secerpa) e Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente (Senat). Além disso estão sob essa coordenação os cinco

NAPS, também conhecidos como Seção Núcleos de Apoio Psicossocial (Senaps). Em Santos todos os NAPS são CAPS III, como descrito anteriormente.

O NAPS I – Zona Noroeste, o primeiro NAPS da cidade de Santos, criado em 1989 (NICÁCIO, 2003), é o serviço responsável pelo atendimento em saúde mental da região da Zona Noroeste. Essa é uma região da cidade de Santos composta por 15 quinze bairros, com cerca de 120.000 habitantes. É uma região de considerável vulnerabilidade social, compreendendo algumas áreas de palafitas, extrema miséria e áreas dominadas pelo tráfico de drogas.

O NAPS I localiza-se no Bairro Jardim Castelo, na região do Complexo Hospitalar da Zona Noroeste (Hospital Municipal Dr. Artur Domingues Pinto, Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes e Pronto Socorro da Zona Noroeste) e do Ambulatório de Especialidades (Ambesp). É uma região de intensa movimentação, próxima também do Posto de Bombeiros Jardim Castelo e da Paróquia Sagrada Família.

A estrutura física do NAPS I compreende um prédio de dois andares: o andar térreo é composto por recepção, quatro consultórios, sala de administração, sala de reuniões, sala de prontuários, refeitório, cozinha, copa e banheiros. No andar superior encontra-se a farmácia, o posto de enfermagem, repouso e copa da enfermagem, rouparia, banheiros, sala de convivência dos usuários e repouso feminino e masculino para pacientes em acolhimento integral. É um serviço ambulatorial de atenção contínua, funcionando 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados.

Em dezembro de 2013, o NAPS I tinha 6.811 inscritos; desse, 3.076 eram usuários ativos.[2] Os atendidos são divididos basicamente entre:

a) Ambulatoriais: aqueles usuários que estão na unidade para atendimento médico ou técnico, o que pode ocorrer em frequências variadas (semanal, quinzenal, mensal ou trimestralmente).
b) Hospitalidade-dia: os usuários que passam todos os dias ou alguns dias na semana, em período integral ou parcial na unidade de forma a serem acompanhados com proximidade pela equipe, participarem das atividades ou serem assistidos na medicação.

2 De acordo com livros de registro da unidade

c) Hospitalidade integral: os usuários que permanecem de dia e à noite de forma a serem assistidos integralmente pela equipe.

Além dos inscritos, incluem-se os usuários da farmácia da unidade, que atende todos os usuários da rede que necessitam de medicação para saúde mental na Zona Noroeste, incluindo usuários do serviço de atenção à infância e ao adolescente e atendidos nas unidades básicas de saúde e pronto-socorro.

O NAPS I presta atendimentos individuais que incluem atendimento médico, psicoterápico, orientação e os chamados atendimentos de referência (nesta unidade, acompanhamento regular feito pelos técnicos de nível superior a pacientes considerados pela equipe como casos complexos). Há também os atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, algumas atividades externas e visitas domiciliares.

Desde o período da coleta de dados (de setembro a dezembro de 2013), entre as atividades terapêuticas oferecidas pela unidade estão as caminhadas no Horto Municipal, terapia comunitária, oficina de artesanato, grupo de família, oficinas expressivas e atividades externas no Arte no Dique, instituição parceira que oferece oficinas de costura e percussão. Além disso, há as atividades semanais oferecidas pelo grupo de alunos da Universidade Federal de São Paulo, do eixo Trabalho em Saúde[3] da Unifesp. Vale ressaltar que todas essas atividades são acompanhadas por técnicos da unidade e estagiários inseridos na unidade.

Os CAPS deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecer das redes, cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, tanto trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, quanto promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes (BRASIL, 2004).

A rede de atenção básica na zona noroeste conta com Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde. A articulação do NAPS com esses serviços de atenção básica é baseada em ações individuais dos profissionais, sendo um processo ainda incipiente nessa região – não se pode considerá-la uma ação institucional ou um movimento de construção compartilhada instituído pela rede. Pode-se dizer que nos últimos anos, esses processos têm melhorado com algumas unidades especificamente, geralmente unidades de saúde da família, principalmente

3 Um dos eixos curriculares comuns dos cursos do *campus* Baixada Santista da Unifesp

pela ação dos agentes comunitários de saúde. Os NASF, Núcleos de apoio a Saúde da Família ainda não foram implantados na cidade de Santos, que conta com uma equipe itinerante de apoio técnico a todas a unidades.

A equipe de profissionais do NAPS I inclui a equipe técnica de nível universitário, técnicos e auxiliares de enfermagem, funcionários do setor administrativo, profissionais da limpeza e cozinha. Há um guarda municipal que presta atendimento a todo o complexo e que por alguns momentos encontra-se na unidade. No momento da coleta de dados, período de setembro a dezembro de 2013, a equipe de funcionários era composta por: três psicólogos (um deles na função de chefe de seção), dois assistentes sociais, uma farmacêutica, um acompanhante terapêutico, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, quatro médicos psiquiatras, quinze auxiliares/técnicos de enfermagem (oito no período diurno e sete no noturno), dois funcionários da recepção, um funcionário da administração, uma auxiliar de cozinha e quatro funcionários da equipe de limpeza, totalizando 35 funcionários. É necessário ressaltar que o quadro de funcionários nesse período sofreu intensa variação, entre afastamentos e transferências, assim como entrada de novos profissionais.

Destaca-se que esta pesquisadora faz parte dessa equipe na função de terapeuta ocupacional.

2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) surge como uma das respostas para a perspectiva de atendimento na saúde mental. Sua concepção vem sendo construída no Brasil ao longo dos últimos vinte anos, junto com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica (OLIVEIRA, 2008).

O conceito de Projeto Terapêutico Singular é amplamente discutido como dispositivo de gestão da atenção, pelo Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). De acordo com esse programa, o Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com apoio matricial (se necessário), sendo geralmente dedicado a situações mais complexas. O programa trata o Projeto Terapêutico como uma variação da discussão de caso clínico.

Gustavo Tenório Cunha (2005 *apud* Oliveira, 2010) também trata o projeto terapêutico como uma variação de discussão de caso clínico, configurando-o em formato de reunião de equipe em que os profissionais de saúde trocam percepções e elaboram uma compreensão coletiva do sujeito doente, compreensão esta que subsidia o desenho de intervenções sobre o caso. Para Oliveira (2010), a oportunidade de participar das discussões de caso é desejada e valorizada pelos profissionais, e o PTS utiliza esse *setting* para implementar certa forma de planejar e compartilhar a clínica e o processo terapêutico. Esse autor justifica o termo singular, que também remete à diferença, não passível de reprodutibilidade. Portanto, o termo está menos sujeito a processos de captura pelo planejamento normativo.

Aranha e Silva & Fonseca fazem uma discussão sobre a dimensão singular:

> No campo da saúde mental, a dimensão singular – compreendida como coletivo institucional – diz respeito ao que “permanece” e se enraíza nos indivíduos envolvidos por uma dinâmica institucional [...,] algo deste imperativo coletivo [que também] poderia exercer-se de modo a solapar, a obliterar ou simplesmente dilapidar as vontades de um jogo num espaço institucional. A dimensão singular, o coletivo institucional é, portanto, a essência do projeto terapêutico, é o *locus* onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir produtos de saúde: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo

> saúde-doença, melhoria da qualidade de vida dos usuários entre outros. (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2005)

O manual *Saúde Mental no SUS* (BRASIL, 2004) define projeto terapêutico individual como um conjunto de atendimentos que respeite a particularidade do usuário, que personalize o atendimento na unidade e fora dela e que proponha atividades durante a permanência diária no serviço de acordo com as suas necessidades.

Oliveira (2010) propõe o estudo do Projeto Terapêutico Singular enquanto dispositivo de gestão capaz de provocar processos de reflexão e ação nos trabalhadores de saúde abrindo possiblidades de eles repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos. Demonstra ainda como o uso do PTS amplia as possiblidades da abordagem psicossocial de problemas de saúde e estabelece o trabalho interdisciplinar, podendo funcionar como um método para a educação permanente de trabalhadores.

Boccardo *et al.* (2011) relatam que atualmente é possível perceber que a organização de projetos terapêuticos já faz parte da rotina dos serviços de saúde mental, principalmente dos CAPS, expandindo-se para outros serviços de saúde, fortalecendo-se especialmente nas estratégias de saúde da família. Esses autores, a partir de uma revisão bibliográfica, mostraram que, de forma geral, os conceitos de PTS são homogêneos e complementares. Esclarecem que o projeto terapêutico é compreendido como “uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido” (ibidem). Boccardo *et al.* explicam que o ponto de convergência entre os autores revisados está na concepção do resgate da cidadania como objetivo final das estratégias de cuidado, e que elas podem ser alcançadas somente a partir da singularização das necessidades promovida pelo projeto terapêutico.

Considerando a assistência integral à saúde e a integralidade do cuidado, o processo amplia-se na organização dos trabalhos na rede básica. Para Franco & Franco (2010) o projeto terapêutico funciona como um fio condutor da linha de cuidado integral, sendo definido, nesse caso, como conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde. Para esses autores a organização

dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades.

Emerson Elias Merhy (2000 *apud* Oliveira, 2007, p.47) discute o ato de cuidar no Projeto Terapêutico Individual. Segundo o autor, o profissional de saúde pode ser ao mesmo tempo operador do cuidado e gestor do cuidado. Desse modo, a equipe de profissionais, ao formular e executar um PTI em determinado serviço de saúde para um determinado usuário ou grupo, articula entre si e com o usuário ao mesmo tempo a operação e a gestão do cuidado.

Esse autor também faz uma análise crítica dos mecanismos de produção do cuidado por meio da construção de projetos terapêuticos. Ele aponta como características predominantes nas ações em saúde no Brasil um cuidado fragmentado, baseado em um projeto terapêutico produzido a partir de ações individuais, centrado no procedimento médico. Questiona ainda a formação de profissionais que não colocam as competências especializadas a serviço de um projeto cuidador e integral com abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva (MERHY, 2002).

De acordo com Mângia (2006), nos CAPS a atenção deve estar centrada no acolhimento, no vínculo entre trabalhadores e usuários, na participação da família e na responsabilidade de cada equipe no desenvolvimento de projetos terapêuticos. Estes devem ser individualizados e incluir a participação do usuário, respeitando suas escolhas e limites, visando a inserção social e a melhor qualidade de vida.

Jorge *et al.* (2011) entendem que o projeto terapêutico incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Segundo Oliveira (2007, p.283), “a concepção de projeto terapêutico em muitas experiências no campo da saúde mental está vinculada à noção de profissional de referência, aquele que assume a gestão da clínica (e do cuidado) em um projeto terapêutico em andamento”.

Zerbetto & Pereira (2005), em um estudo sobre o profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção psicossocial, reforçam a importância da interação com os familiares e usuários. Segundo esses autores, é importante que os profissionais se lembrem de que a relação envolve um sujeito em

sua complexidade, emergindo a necessidade de um plano terapêutico individualizado. Referem ainda que uma das buscas no trabalho em saúde mental “é minimizar a dor e o sofrimento das pessoas, produzir saúde, atendendo e satisfazendo as suas necessidades, sejam elas biológicas, sociais, econômicas, psicológicas ou culturais” (ibidem, p.115).

Boccardo *et al.* (2011, p.87) ressaltam que

> A construção do projeto terapêutico deve envolver a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social. Além disso, esse processo visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde por meio da ativação de recursos exteriores a eles.

Mângia (2006) estudou a construção de projetos terapêuticos a partir da visão de profissionais de dois CAPS na cidade de São Paulo, buscando apreender o processo de concepção e realização dos projetos terapêuticos destinados a usuários com transtornos mentais graves e identificar as dificuldades apontadas pelos profissionais para sua execução. Os resultados desse estudo revelam algumas questões relativas às estratégias de construção do PTS como necessidade de formalização, definição inicial sobre tempo de execução, avaliação e reformulação e mudança de relação com o usuário e sua efetiva participação no processo. A autora reforça que muitos problemas poderiam ser superados com a capacitação dos profissionais e melhor articulação entre as diversas instâncias como comunidade, conselhos de saúde, rede de serviços e estabelecimento de ações no território.

Oliveira (2008) traça a importância da construção do projeto terapêutico na organização das equipes e principalmente no aumento da autonomia do indivíduo em seu processo de tratamento. De acordo com esse autor, o Projeto Terapêutico Singular vem sendo citado como importante meio de integração e organização das equipes de profissionais de saúde, na medida em que funciona como um processo de produção coletiva, envolvendo o profissional ou a equipe de saúde e o usuário, devendo haver uma formação de compromisso como modo de responsabilização entre os sujeitos do PTS. Afirma ainda que a equipe que se propõe a formular um

PTS deverá descobrir a importância de acostumar-se à prática de avaliação, em grupo, do que já foi feito pela equipe na relação com o usuário.

Boccardo *et al.* (2011) relatam que de acordo com os autores estudados, a construção do PTS requer a transformação do modelo assistencial e a reorganização dos serviços, pois a forma como estes são organizados pode facilitar ou dificultar a construção das estratégias previstas para a efetivação do PTS.

Assim, o projeto terapêutico, considerado como um importante dispositivo de gestão e reformulador das estratégias de organização de equipes, surgido e disseminado para outras áreas na época da reforma psiquiátrica, torna-se um dos objetos desta pesquisa a fim de propor uma análise das questões que envolvem sua construção, os possíveis impedimentos para sua concretização e, principalmente, conhecer 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.

3. OBJETIVOS

O objetivo geral desta pesquisa é conhecer a relação da equipe de funcionários do NAPS I – Zona Noroeste com o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular, buscando detectar os limites e potencialidades para sua realização.

3.1 Objetivos específicos

a) Contribuir para a criação de espaços de troca e aprendizagem na equipe de saúde mental.
b) Facilitar contextos para criação de projetos de educação permanente.
c) Conhecer a percepção do trabalhador de saúde mental a respeito das estratégias de organização da equipe.

4. TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos da pesquisa, trilhei um caminho de observação e escolha do método que não foi fácil. O fato de estar mergulhada no meu cenário de pesquisa, de ser parte do contexto sob observação, trouxe contradições e dificuldades consideráveis. O trabalho de campo não se separava do meu cotidiano e por todo o tempo foi sendo perpassado por cada uma das ocorrências institucionais. De certa forma eu estava contemplando minha necessidade inicial de aproximar-me do incômodo, de rever os meus próprios processos de trabalho.

Em um contexto tumultuado principalmente pela mudança de chefia, o período de adaptação gerava um panorama de insegurança e questionamentos constantes e, principalmente, certa instabilidade da equipe em seus procedimentos habituais e ideologias. A questão dos recursos humanos desde a minha entrada no NAPS sempre aparecia como uma grave falha do sistema. Além disso, o simples fato de um colega tirar férias ou ser afastado trazia um período de reorganização intensa.

Considerando este contexto, a abordagem qualitativa foi escolhida a fim de compreender a dinâmica dos processos e sujeitos envolvidos, a partir de uma pesquisa explicativa buscando o entendimento da razão e dos motivos, aprofundando o conhecimento da realidade. O estudo de caso foi escolhido considerando a dinâmica da equipe de saúde mental do NAPS Zona Noroeste, com foco na temática relacionada ao Projeto Terapêutico Singular como unidade de análise.

Segundo Yin (1989 *apud* MINAYO, 2010), a preferência por estudo de caso deve ser dada quando é possível fazer observação direta sobre os fenômenos, utilizando estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. É útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, como intervenções e processos de mudança.

De acordo com Yin (2010, p.39), o estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto não são claramente evidentes”. Esse autor reforça ainda o uso desse método de investigação quando se quer entender um fenômeno real em profundidade

englobando importantes condições contextuais. Considerando o caráter histórico do NAPS I, o processo ideológico de sua construção e seu contexto atual, privilegiou-se o estudo de caso de forma a explorar essas características.

Esta pesquisa teve seu projeto submetido à Plataforma Brasil tendo sua aprovação pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Paulo em julho de 2013. Além disso, teve autorização formal da Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde da Prefeitura Municipal de Santos-SP.

Foram determinados como critérios de inclusão no estudo:

a) Ser funcionário da Prefeitura de Santos ou funcionário do Estado de São Paulo, vinculado à prefeitura, concursado ou contratado.
b) Estar locado administrativamente na unidade NAPS I.
c) Aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ver o Apêndice A).

Não foram incluídos no estudo:

a) funcionários afastados ou aposentados.

b) Funcionários transferidos para outros setores, permanente ou temporariamente.

c) Funcionários com outro vínculo diferente de vínculo com a prefeitura de Santos.

É importante salientar a inclusão de profissionais do setor administrativo como forma de considerar o processo de produção coletiva reforçado na concepção do projeto terapêutico, assim como os conceitos de vínculo, responsabilização e acolhimento. Oliveira (2010) relata que todos podem produzir ações terapêuticas e que assim se devem agregar profissionais de diversas formações e níveis de escolaridade. Considerando os critérios de inclusão e não inclusão, houve um total de 29 funcionários elegíveis para esta pesquisa.

Destes foram entrevistados quinze funcionários de acordo com a disponibilidade do profissional e do pesquisador no período da coleta de dados, buscando-se abranger a diversidade das áreas profissionais, o período de trabalho (noturno/diurno) e o tempo de trabalho na unidade (profissionais antigos e recém-ingressados), buscando “refletir a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2010).

Para a coleta de dados, o instrumento utilizado foi o *Roteiro para entrevista semiestruturada,* contendo tópicos de orientação e guia para o andamento da

interlocução (ibidem). A proposta desse roteiro é permitir várias narrativas do entrevistado e que ele exponha suas vivências, desdobrando os indicadores esperados para a pesquisa. Os tópicos desse roteiro envolvem as informações básicas do profissional, suas relações com a unidade NAPS I e a saúde mental e a realidade que vivencia (ver Apêndice B). A relação com o Projeto Terapêutico Singular e possíveis formas de orientação e melhoria na qualidade do trabalho também são tópicos do roteiro. Mesmo seguindo o roteiro, as entrevistas foram realizadas como conversas informais, permitindo flexibilidade ao pesquisador e ao entrevistado. Algumas questões foram introduzidas ao longo do período da realização das entrevistas, principalmente em relação à orientação e formação de interesse para os profissionais.

O chefe da unidade foi contatado para autorizar a realização das entrevistas na própria unidade e para possibilitar o uso de momentos de início ou final do período de trabalho sem prejuízo das atribuições profissionais. Após obtida a autorização, os profissionais elegíveis foram convidados a participar da pesquisa. A partir disso, buscavam-se momentos de encontro entre o pesquisador e o entrevistado, preferencialmente em períodos fora do horário de trabalho. Todos os entrevistados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram orientados quanto aos procedimentos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente.

Os dados obtidos a partir das entrevistas foram tratados pela análise de conteúdo, baseada na análise temática como modalidade. Segundo Minayo (ibidem, p.316),

> Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado [...]. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes nos discursos.

Como desdobramento dessa pesquisa, será dado um retorno para a equipe do NAPS I por meio de rodas de conversa e oficinas, de modo a promover uma

reflexão sobre as estratégias utilizadas no trabalho em equipe. Como disparador de discussão e reflexão, essa dissertação e seus resultados serão utilizados como produto técnico dessa pesquisa.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

As entrevistas, de uma forma geral, foram bem aceitas pelos profissionais; o fato de o pesquisador fazer parte da equipe trouxe liberdade para os profissionais responderem às questões, demonstrando tranquilidade, e as entrevistas foram facilmente transformadas em conversas bem espontâneas. Obviamente cada um dos encontros trouxe consigo as questões da própria relação das partes envolvidas, incluindo conflitos e amizades. O fato de serem realizadas na própria unidade trouxe algumas interrupções nem sempre negativas, já que era o contexto fazendo parte do processo da entrevista. Minayo (2010) ressalta que a entrevista está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade e que cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade.

A Tabela I mostra os dados principais dos 15 profissionais entrevistados.

Tabela I – principais dados dos profissionais entrevistados

Função	**Período de trabalho**	**Tempo de Trabalho em Saúde Mental**	**Tempo de NAPS I**	**Formação**
Assistente social	Diurno	6 anos	6 anos	Assistente social
Farmacêutico	Diurno	7 anos	7 anos	Farmacêutico
Psicólogo	Diurno	7 meses	7 meses	Psicólogo
Psicólogo	Diurno	11 meses	11 meses	Psicólogo
Enfermeiro	Diurno	6 meses	6 meses	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Acompanhante terapêutico	Diurno	9 anos	4 meses	Engenheiro mecânico
Recepcionista	Diurno	40 anos	19 anos	Atendente de enfermagem (nível médio)
Técnico administrativo	Diurno	2 anos e meio	1 ano	Cientista da computação

Técnico de enfermagem	Diurno	21 anos	1 ano e 10 meses	Técnico de enfermagem
Técnico de enfermagem	Diurno	3 anos	2 anos	Técnico de enfermagem e educador físico
Auxiliar de enfermagem	Noturno	23 anos	23 anos	Técnico de enfermagem e fisioterapeuta
Auxiliar de enfermagem	Noturno	21 anos	19 anos	Técnico de enfermagem
Técnico de enfermagem	Noturno	9 anos	9 anos	Técnico de enfermagem e psicóloga
Auxiliar de enfermagem	Diurno	19 anos	19 anos	Auxiliar de enfermagem
Médico	Diurno	3 anos e meio	3 anos	Médico

Nota-se a partir desses dados a presença de número representativo de funcionários recém-ingressados na unidade, formalizando uma equipe jovem na saúde mental e principalmente nessa unidade NAPS I. Dentre os entrevistados, os profissionais mais antigos são representados pela equipe de enfermagem e a recepcionista. De toda a equipe, os profissionais mais antigos também são representados pela equipe de enfermagem, com cinco profissionais com mais de vinte anos de NAPS I, sendo que apenas um desses trabalha no período diurno.

Pode-se considerar, a partir das entrevistas realizadas com os funcionários, que a equipe de nível universitário é recém-chegada nessa unidade, constituindo uma variável para os dados coletados, visto que trazem menos vivências relativas ao passado histórico do NAPS I e pouca experiência em saúde mental. Dentre o grupo de técnicos de enfermagem essa característica também é representativa, visto que dos quinze técnicos ou auxiliares de enfermagem, oito estão há menos de dois anos na unidade NAPS I. A formação foi ressaltada, tendo em vista o considerável número de profissionais de nível técnico com formação de nível superior.

A partir de uma leitura cuidadosa do material obtido pelas entrevistas realizadas percebeu-se que este contemplava os aspectos do roteiro, que continha características essenciais do universo pretendido e que estava adequado a dar resposta aos objetivos do trabalho. Após essa primeira etapa, o material foi explorado em busca estruturas de relevância para organizá-lo e, principalmente, de articulações com os componentes do Projeto Terapêutico Singular, mecanismos de organização da equipe e do serviço e componentes do processo de educação permanente. A intensidade dos temas sobrepôs-se à análise de frequência dos temas obtidos.

Considerando a relevância dos temas surgidos e os objetivos do estudo, foram determinadas expressões significativas para a categorização do material:

a) Presente e passado: diálogo frequente, contemplando a intensidade dos conteúdos referentes ao contexto histórico do NAPS I, suas peculiaridades ao longo dos anos e a visão dos profissionais em relação às mudanças ocorridas.

b) Organização da equipe: a dinâmica da equipe e do serviço, seus modos de operar e características específicas do NAPS I.

c) Projeto Terapêutico Singular: os componentes do Projeto Terapêutico Singular surgidos no conteúdo das entrevistas.

d) As práticas cotidianas de reflexão: conteúdos surgidos relativos às diversas formas de reflexão das equipes e suas variações.

5.1 Presente e passado: um diálogo frequente

Neste ano de 2014 o NAPS I completa 25 anos de história. Alguns dos nossos funcionários vivenciaram o momento de criação dessa unidade e os períodos subsequentes e conseguem relatar as vivências daquele momento, as mudanças ao longo dos anos, suas dores e suas paixões. Koda & Fernandes (2007, p.1457), em entrevistas realizadas nos NAPS de Santos, apontam a recorrência de relatos, por parte dos trabalhadores mais antigos, sobre o momento de construção do serviço, “momento tomado como período épico, heroico”. Nas entrevistas realizadas na pesquisa esses relatos também foram recorrentes:

"[...] no começo tudo é difícil, era o primeiro NAPS, a gente estava começando, era muito trabalho, e trabalhava-se muito, as pessoas tinham vontade de fazer o que gente fazia [...]as pessoas tinham tesão de estar presente, de trabalhar, né? Com o tempo isso foi se perdendo." E13

Nicácio (2003) apresenta-nos brilhantemente os caminhos percorridos na construção dessa unidade e suas ideologias, referindo os desafios, as contradições e riquezas que surgiram na produção das relações e dos projetos singularizados na prática do NAPS I. Narra ainda que a produção das relações e dos projetos terapêuticos era tema constante de discussão e reflexão nas reuniões diárias da equipe, buscando refletir sobre os processos com os usuários, os familiares e a equipe: "A reunião diária [...] era a base fundamental da organização do trabalho e da busca de produção da equipe como coletivo [centrada] nas discussões dos problemas que emergiam no dia a dia, na reflexão sobre os percursos terapêuticos e os projetos em curso, e na programação do trabalho" (ibidem, p.150).

Alguns relatos evidenciam esse momento de construção do trabalho, da relação e organização da equipe durante o processo de construção e nos períodos subsequentes:

"[...] nós tínhamos nessa unidade a chamada reunião, é "maior" chato eu acho né... mas é quando você participa que você fica sabendo do que está acontecendo [...] a dona [...], ela fazia questão que todos fizessem parte, porque ela queria que a equipe dela estivesse inteirada, e não era um, eram todos, que todos soubessem o que estava acontecendo". E13

A complexidade desse momento aparece nas entrevistas dos profissionais mais antigos, num misto de saudosismo, idealização e questionamentos. A experiência era um processo intenso e rico em significações. Koda & Fernandes (2007) afirmam que a constituição de novas práticas no campo da saúde mental produzia transformações também no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais.

"[...] os pacientes pareciam que não tinham controle, você tinha que arrumar cigarro, senão eles iam lá... quebravam um vidro... qualquer coisa, mas depois que mudou, nossa... não sei se eles se conscientizaram que eles também têm que ter responsabilidade, mas no início era assim, pode tudo, tudo, tudo, tudo *[...] a direção, era a direção, a política, a forma de trabalhar*, hoje em dia colocaram mais limites, mais limites, *porque tem que introduzir eles na sociedade né, então eles têm que ter limites mesmo sendo pacientes..."*E12

"Nós tínhamos uma orientação do pessoal que começou no tempo da Telma, não sei... tínhamos uma orientação de tratar muito bem os pacientes, atender as demandas, inclusive usar o mesmo toalete, comer no mesmo prato, eles eram mais paparicados, mais atendidos nas suas solicitações, alguns ficaram institucionalizados, depois eu acho que teve uma fase [...] que se deu ao contrário, as pessoas de muito boazinhas eu achei que passaram a ser 'malzinhas'". E2

Nicácio (2003) reforça que as necessidades dos usuários devem ser norteadoras dos processos de transformação, buscando entrar na relação e aproximar-se do sofrimento, ressignificando, mediando relações. Explica ainda que

> [...] por outro lado, a possibilidade de todos os participantes da equipe de entrar em contato com todos os usuários – a partir das práticas da *porta aberta*, da convivência, dos diversos espaços coletivos e grupais e, ao mesmo tempo, de responsabilizar-se por projetos singulares, produzia uma multiplicidade de relações e de perspectivas. (ibidem, p.162)

"[...] Então, tinha como acho que até hoje ainda tem, mas hoje vejo mais os estagiários que programam as festinhas e naquela época não, eram os próprios funcionários, administração, a gente tinha festa caipira, tinha o almocinho deles de Natal, que era programado pelos próprios funcionários e não pelos estagiários." E10

"[...] final de semana tinha passeios com os pacientes [...]. Iam para vários lugares, cada domingo era um lugar diferente. Tinha o cinema que era uma vez por semana [...]" E12

Entre os profissionais com entrada mais recente no serviço surgem as diferenças entre as expectativas iniciais, que marcam a visão de resistência e preconceito em relação ao doente mental e ao trabalho na área de saúde mental. Segundo Koda & Fernandes (2007), as novas propostas também colocam em questão valores e representações sobre a loucura há muito arraigados em nossa sociedade e que estão na base de nossa constituição como sujeitos. São concepções que deixam de existir após a entrada no serviço e consequente da aproximação da área de saúde mental, como explicitado nos relatos seguintes:

> *" ...era NAPS, era de doido, zona noroeste que eu sabia que era um horror, fiquei horrorizada [...] mas medo, essas coisas desapareceram..."* E1

> *"[...] eu lembro que ouvi algumas pessoas falarem: ah, ali fica muito doido sentado, não gosto de passar ali [...], as pessoas falavam que aqui era o pior NAPS, e o NAPS que tinha mais pacientes e a administração mais severa."* E8

> *"Ah, eu acho que é bem mais* light *do que as pessoas pintam né..."* E8

> *"[...] é considerado o maior, metade da cidade está nele... é onde tem os casos mais complicados..."* E7

> *"...muita apreensão, medo, mas aos poucos a gente vai convivendo com eles e vendo que os normais são piores."* E6

Em várias entrevistas percebe-se o embate entre as expectativas iniciais e a realidade vivenciada. É evidente a desconstrução da visão estigmatizada anterior e o parecer positivo após a aproximação e a experiência no serviço. A concepção de que o NAPS I é a unidade de maior complexidade entre as demais da cidade está presente, e este assunto é muitas vezes discutido na equipe, estando vinculado às condições de vulnerabilidade da população, assim como a rotatividade de profissionais.

Outro ponto a ser ressaltado é a presença de relatos comparativos entre passado e presente na forma de questionamentos em relação à realidade atual. No

caso da ausência do profissional de enfermagem nas reuniões de equipe, a vontade de se desenvolver um bom trabalho que foi se perdendo e a participação dos técnicos na produção de ações coletivas para os usuários – temas que caracterizam importantes questões para a organização das equipes e a construção do Projeto Terapêutico Singular.

5.2 Organização da equipe

A função do profissional de referência, a dinâmica atual de trabalho no NAPS I e a mudança das características originais do serviço foram os temas relativos à organização da equipe que tiveram maior recorrência.

Boccardo *et al.* (2011) referem que para que as equipes desenvolvam novas estratégias de cuidado, elas devem desenvolver também novas formas de organização. Um dos mecanismos necessários apontados por esses autores para o desenvolvimento e gerenciamento do Projeto Terapêutico Singular seria um modelo organizacional baseado no *profissional de referência* ou equipe de referência.

Para Oliveira (2008, 2010), a concepção de projeto terapêutico em muitas experiências no campo da saúde mental está vinculada à noção de profissional de referência, aquele que assume a gestão da clínica (e do cuidado) em um projeto terapêutico em andamento: na equipe, cada profissional torna-se referência para certo número de usuários inseridos em projetos terapêuticos. Esse autor relata ainda que na experiência santista, a singularização dos projetos terapêuticos e da relação equipe-usuário-familiares com uma dupla de referência formada por um trabalhador universitário e um auxiliar de enfermagem era produzida na relação, no diálogo com as exigências, as necessidades, os afetos e os conflitos que emergiam no processo terapêutico.

Nos trechos abaixo, o conceito de referência surge como umas das tarefas a ser cumprida pelo profissional, além de queixas quanto à precariedade dessa tarefa.

"Eu faço alguns trabalhos de referência *com alguns usuários com acompanhamento mais prático do dia a dia de ver como é que está, como é que não está [...]"* E4

"[...] faço também os atendimentos individuais que a gente chama de atendimento de referência técnica, *né? Não acontece na mesma proporção que deveria acontecer [...]"* E9

"[...]coisas que todo mundo tem que fazer igual, triagem, plantão, atendimento de referência [...]" E3

"[...]então, não sei assim, até porque como eu falei, nenhum dos dois é minha referência*, poderia falar melhor se eu falasse dos que eu acompanho"* E3

"[...]eu venho de uma época que o auxiliar aprendia com o técnico, o auxiliar tinha paciente de referência e isso falta hoje aqui, para crescimento da unidade e para crescimento do corpo de enfermagem." E13

Atualmente no NAPS I, o conceito de profissional de referência é amplamente utilizado, principalmente para os casos ditos mais graves ou inseridos no sistema chamado "hospitalidade-dia". A grande maioria dos usuários que passam o dia na unidade são pacientes que se tratam há muitos anos, com baixa demanda clínica, mas com questões sociais significativas, relacionadas principalmente ao pouco ou nenhum suporte familiar, questões de moradia, vulnerabilidade social e rede social deficiente.

No NAPS I, oficialmente o profissional de referência é o técnico de nível superior, mas em muitos casos o vínculo maior está com o técnico de enfermagem e até com algumas ações direcionadas por este último – porém ele não é definido como referência do usuário. Cabe ao técnico de referência traçar junto aos usuários e familiares projetos terapêuticos ou diretrizes/condutas quanto ao tratamento daquele usuário. Na maioria das vezes, é o técnico de referência o responsável por resolver pendências relativas ao usuário, como consultas médicas, laudos, queixas em geral, permanência na unidade e contato com familiares, entre outras tarefas que são remetidas a esse profissional. Nicácio (2003) cita essa dificuldade em estabelecer a função do técnico de referência sem que isso se torne um processo de distanciamento do considerado "difícil".

> A proposição da equipe não identificava a dupla de referência como o único interlocutor do usuário e dos familiares e, tampouco, considerava que a essa coubesse a construção de todas as dimensões e momentos do projeto terapêutico. Entretanto, algumas vezes, percebíamos o movimento de delegar às referências tudo que se referisse a um determinado usuário. A problematização dessas situações evidenciava, não por acaso, que essa delegação ocorria, sobretudo, na relação com os usuários considerados "difíceis". Poderíamos dizer que reproduzíamos, nesses momentos, os processos de distanciamento, exclusão e delegação que criticávamos. (ibidem, p.163)

A dinâmica das equipes, a divisão do trabalho e a pouca interação também são refletidas nas entrevistas. A questão que se intensifica é o distanciamento entre equipe técnica de nível universitário e equipe de enfermagem e, principalmente, a falta de comunicação existente. Também surgem questionamentos quanto à falta de uma prática integrada.

"O que acontece é meio distante, enfermagem do resto da equipe né, eu ainda sou o que mais me aproximo [...] eu sempre ajudo no que me pedem, mas eu acho que precisaria ter uma coisa mais interligada*, a enfermagem fica aqui na medicação, nos cuidados gerais, mas conhece o projeto, sabe o que faz mas muitas vezes não entende o porquê daquilo ali [...]".* E11

"Eu acredito que talvez pelos próprios novos funcionários eu não sei como é que cada um tem uma maneira de trabalhar*, cada um tem um projeto de serviço [...]"* E10

"[...] eu sou de uma época aqui no NAPS que o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem trabalha junto com o técnico de nível superior, *e isso falta aqui né [...], mas tem que ser de uma dinâmica diferente, não uma coisa que você tem que impor, tem que mostrar como isso é feito, porque aquelas pessoas que trabalham hoje aqui [...,] as pessoas que estão entrando são técnicos novos, auxiliares novos [...]"* E13

"[...] as pessoas se acostumaram com o mais fácil , 'eu faço do jeito que quero', sem limites, sem objetivos claros e delineados, conversados, né? E até firmados entre os profissionais." E5

[...] então quem está atendendo deveria se reunir em equipe pra saber qual é o perfil daquela patologia [...] Ele tem que ter um estímulo numa determinada direção, então cada um de nós, deveria falar a mesma língua *pra aquele cidadão [...] Deveríamos ter um projeto, esse projeto ser conhecido, ser homologado pela equipe, pela psicologia e tal pra que todos nós falássemos a mesma língua, considerando aquela pessoa. É, eu acho que isso teria mais êxito."* E2

"[...] já me cansei um pouco de tentar fazer realmente o trabalho que deveria ser feito num CAPS III… mesmo assim eu continuo gostando de saúde mental [...]" E9

Atualmente no NAPS a organização do serviço e a própria estrutura física do prédio contribui para essa cisão entre os profissionais. Com a grande elevação do número de casos ditos "leves", a equipe técnica absorve-se nos atendimentos desses pacientes, diminuindo sua participação no cotidiano dos usuários que passam o dia na unidade ou o dia e a noite, sob cuidados mais gerais da equipe de enfermagem no andar superior. Essa questão também é refletida em alguns relatos.

"[...] eu percebo que de uns anos pra cá, houve um inchaço no NAPS, com o fechamento do ambulatório de saúde mental, cada vez mais as pessoas procurando o auxílio do remédio [...] o serviço inchando mais com esses casos [...], casos que não são só de NAPS, policlínicas, mas acaba sendo uma demanda que vem pro NAPS. Com o tempo acaba vindo pra cá e aí nossos pacientes mesmo, aqueles mais graves, eles ficam perdidos nesse mar*, você tem que socorrer de vez em quando um ou outro que surta mais".* E1

"[...] esse trabalho em CAPS III, uma das coisas que a gente deveria fazer é separar, CAPS III tem que ser somente para os pacientes que preconiza a cartilha do ministério da saúde, que é atendimento aos casos psicóticos graves, e separar

esse público que era dos ambulatórios [...] Casos mais leves, esses deveriam ser separados, não ficar mais no NAPS." E9

Vasconcelos & Jorge (2013) referem que apesar dos esforços e avanços operados pela reforma psiquiátrica, ainda acompanham um modelo de atenção centrado em procedimentos médicos, sendo a medicalização social um fator imperativo, fazendo aumentar a demanda por serviços de saúde, sendo a oferta de serviços produzida por ações individuais e fragmentadas, apresentando-se como projetos terapêuticos pouco resolutivos.

Juliana de Oliveira Barros (2009 *apud* Boccardo *et al*., 2011, p.90) sugere que as reuniões de equipe sejam a base de organização dos serviços e que devem contemplar espaços para discussões de casos e decisões conjuntas.

"Faltam mais reuniões pra gente saber das coisas que acontecem no NAPS I porque eu acho que muitos dos técnicos de enfermagem talvez nem conheçam, não saibam pra que serve um projeto terapêutico." E13

Atualmente as reuniões de equipe propriamente ditas acontecem semanalmente no período do almoço, de modo a contemplar as equipes da manhã e da tarde. Raramente ocorre a presença do profissional de enfermagem, embora isso seja citado como um desejo de toda a equipe. Também não participam profissionais do período noturno. Além da reunião semanal, ocorrem as chamadas passagens de plantão, que funcionam como reuniões, porém de forma mais objetiva, relacionada às situações ocorridas naquele dia ou casos que mereçam uma atuação imediata.

5.3 Projeto Terapêutico Singular

Apesar de os objetivos da pesquisa estarem diretamente ligados ao Projeto Terapêutico Singular, não houve a intenção em nenhum momento de avaliar o conhecimento dos profissionais em relação ao termo em si ou definições de Projeto Terapêutico Singular. A partir de questões sobre um usuário escolhido pelo entrevistado, o tema era introduzido, e embora algumas dúvidas tenham surgido, mantive o estímulo à conversação sem direcionar o conteúdo das respostas.

Na análise dos relatos buscou-se identificar componentes do Projeto Terapêutico Singular levantados por esta pesquisadora durante a revisão bibliográfica como essenciais para a sua construção. A área de atuação desta pesquisadora, a terapia ocupacional, parece ter influenciado algumas respostas, porém sem prejuízo no teor das entrevistas. Essa associação em alguns casos esteve vinculada à ideia de “terapia”, e alguns entrevistados fizeram associação direta entre “terapia” e “projeto terapêutico”.

Para melhor organização dos dados, serão considerados eixos norteadores propostos por Mângia *et al.* (2006), que segundo a autora podem garantir a elaboração e a operacionalização do PTS: centralidade na pessoa, parceria entre equipe e usuário, articulação dos recursos do território nas ações executadas, ênfase no contexto da pessoa, construção compartilhada e definição de metas com duração previamente acordada. Conceitos como vínculo e autonomia do usuário também foram considerados nas entrevistas. Os eixos citados foram divididos de forma a obter a melhor organização e compreensão dos relatos relacionados aos temas, apesar da acentuada sobreposição e articulação destes.

5.3.1 Centralidade na pessoa – parceria entre equipe e usuário – construção compartilhada

Segundo Merhy & Feuerwerker (2009), escuta, interesse e a construção de vínculos de confiança fazem parte das ferramentas que permitem a produção de relações envolvidas no encontro entre trabalhador e usuário. Chamadas de tecnologias leves, são essas ferramentas que possibilitam captar a singularidade, o contexto, o universo, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário. Merhy (2013) relata que a tecnologia leve deve estar a serviço do usuário, ocorrendo em processos de cuidado em que suas histórias de vida são fundamentais, assim como suas formas de compor os cuidados.

Nos relatos abaixo, escuta e vínculo surgem como ações terapêuticas e positivas na construção dos processos de tratamento. A participação e as necessidades do usuário também sobressaem, assim como a possibilidade de o próprio usuário direcionar as estratégias a serem utilizadas. Mângia (2002) refere que ao assumir como objeto da ação terapêutica a pessoa e suas necessidades,

essa ação complexifica-se e deve-se buscar apreender e investir na criação de possibilidades de transformação.

Campos (2003) defende que o vínculo faz parte do arsenal tecnológico da terapêutica, assim como a responsabilização e o acolhimento.

"[...] tem paciente que precisa te ouvir [...] fica lá rodeando, quer conversar, então você dá uma atenção. Tem aquele outro que é grosseiro, porque é o jeitão dele de ser, então cada um tem um jeito, você estabelece o vínculo*. Procuro atendê-los sempre com muito respeito, carinho e profissionalismo [...]."* E1

"E nós tentamos, fazemos de tudo para atendermos essas necessidades*, sem necessariamente também paparicarmos como crianças, né? Como interditos, né? Eu tô me sentindo muito bem porque eu estou nesse equilíbrio."* E2

"Ah, aqui você cria um vínculo *com o paciente, né? [...] Aí tem essa coisa de todo dia você convive com o paciente [...], você acaba até conhecendo tudo do paciente, você pega tudo dele, vira como se fosse da família".* E11

"[...] então eu queria que eles adquirissem a confiança que eles estão realizando uma atividade que eles vão ser assistidos e que eles não estão sós*."* E2

*"[...] a gente tem que oferecer o mínimo possível, em se pensando em oferecer uma qualidade de vida pros pacientes, o que a gente puder melhorar, não também ficar no sentimento de impotência e não fazer nada***,** fazer o melhor que conseguir fazer *[...]."* E3

> Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada 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, em uma outra posição: o de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. (MERHY & FEUERWERKER, 2009, p.8)

"[...] acredito até que seja um trabalho de formiga né, você vai fazendo as coisas um pouco de cada vez, e cada conversa, cada atendimento que eu tenho oportunidade de fazer com esse paciente, na verdade quem aprende sou eu, né? Ele é o grande mestre, é ele que me diz como agir**,** *né? Não adianta, os livros, eles norteiam, eles dão muitas coisas, mas na hora diante do paciente vai a sensibilidade, vai o olhar, vai a questão da humanidade, vai de se colocar no lado do outro, né? Uma parte que é tão difícil mas tão importante [...]."* E5

[...] eu dou escuta, e... procuro entender o lado deles [...] a gente ouve, a gente permite que ele se expresse do seu jeito*, dentro da fala dele a gente vai contextualizando aquilo procurando saber um pouco mais de* como vive aquela pessoa, qual que é a história daquela pessoa. *Então a gente consegue fazer algumas intervenções, pra que ela veja a importância do atendimento que ela está tendo no NAPS, a importância que tem tudo isso pra que ela se* empodere *da sua própria vida, da sua própria história [...]."* E5

"O [...] é um paciente que me chama atenção, eu ia começar com ele primeiro fazendo ele se ver, porque eu acho que ele é um menino que tem um rebaixamento, mas ele consegue entender tudo que você fala[...] Iria tentar fazer um projeto com ele, usando o que gosta de fazer, por que é isso que você tem que fazer num projeto, não é o que eu quero, mas o que o paciente quer**,** *dentro daquilo que você acha que ele tem condições [...] Acho que ele teria uma grande mudança se tivesse uma dinâmica dessas pra trabalhar com ele."* E13

> 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 e coloca seu saber a serviço do melhor arranjo para aquele usuário conduzir sua vida na nova condição. (ibidem, p.13)

A centralidade no usuário, a parceria possível entre a equipe e o usuário, a consideração pela história de vida, a possibilidade de empoderamento do usuário são importantes ações terapêuticas relatadas. 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 ressignificação de lugares e papéis tradicionalmente atribuídos aos usuários e técnicos de saúde mental permite então desenvolver projetos e processos compartilhados e em parceria com os usuários.

"[...] eu tento ir criando com os pacientes *que eu sou referência, o que eles gostam, o que eu acho que tem a ver, o que eu acho que vai ajudar, e a gente vai criando assim [...]."* E3

"[...] porque a gente acolhe e ao mesmo tempo prepara o movimento *dela de cuidar daquilo que é seu."* E5

A ampliação da percepção das necessidades de saúde e a centralidade nos usuários podem transformar o projeto terapêutico em dispositivo para gerar reflexão nas práticas dos profissionais.

Assim como no processo de organização das equipes, a questão da pouca interação e as dificuldades de comunicação também surgem como empecilho para a construção compartilhada pela equipe. Atualmente no NAPS I as ações que preconizam a centralidade na pessoa, baseadas nas necessidades do usuário, são evidentes, mas ainda caracterizadas como ações individuais e fragmentadas que se sobressaem em relação à produção coletiva. Neste caso, perdemos a discussão, o benefício que a equipe multidisciplinar pode trazer para esse usuário.

De acordo com Mângia (2002), os Projetos Terapêuticos Singulares devem ser dotados de sentido e ser parte de um processo contínuo na vida do usuário, devem ter metas claras estabelecidas e avaliações dos resultados alcançados.

"[...] já vi casos que eu até imaginei que fossem projetos terapêuticos, mas depois eu percebia que não era exatamente, aquilo eram só algumas ações fragmentadas *e não um projeto terapêutico [...] algumas ações que eu achei que*

poderiam ser um projeto tem que ter... é... como é que se fala, ele tem que ser preparado, ter começo, meio e fim." E9

"Eu cheguei a ler também alguma coisa logo de início, de projeto terapêutico... mas olha, eu confesso, eu fui me desanimando, que a coisa não acontecia, e você se via engolida, muito plantão, muito plantão, agora já nem é essa a questão, mas continua aquela coisa fragmentada." E9

*"[..] acaba ficando a equipe toda meio angustiada tentando correr atrás de dar conta de casos muito difíceis... a gente acaba se perdendo no meio e não consegue ver muito progresso."*E4

Esses relatos traçam um perfil bem próximo do que é realizado no NAPS I atualmente em relação ao Projeto Terapêutico Singular: ações fragmentadas que não constituem em si um PTS, tendo em vista que muitos obstáculos são enfrentados pela equipe. Assim, a produção compartilhada com definição de metas de duração previamente acordadas e participação do usuário é ainda uma ação que se desestrutura perante o cotidiano institucional.

5.3.2 Articulação com o território

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.

"[...] acho que uma coisa que ajudaria bastante seria um trabalho com a família, *né? [...] Tentar inserir ele em* algum projeto assim de esporte *[...]."* E3

"[...] o NAPS é pra ressocializar o paciente, né? Pra tentar fazer ele ter uma vida social, uma vida normal [...] E o trabalho que nem eu te falo, ocupar o tempo com trabalho *além dessas atividades, assim, e que seria a melhor forma, assim, de alguma coisa voltada pra isso, pra* ressocialização *mesmo, porque eles sendo*

excluídos, ficando muitas vezes aí à margem da sociedade, eles se sentem mal por não fazerem nada [...].” E11

“[...] uma coisa que consegui foi tentar organizar ela um pouco com compromisso de dia e horário, de ela conseguir vir no horário combinado comigo. Isso agora que começou a funcionar, só que a proposta mais abrangente pra incluir ela em outros aspectos da vida e de desenvolvimento a gente não está conseguindo *[...].”* E4

Atualmente as ações extrainstitucionais, articulações com outros serviços e ações no território são bem incipientes no NAPS I, mas há um encorajamento a essas ações – principalmente vindo das ações da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – no cotidiano da unidade, que demonstra um nítido investimento nas redes de atenção e nas possibilidades que estas podem trazer aos usuários. A Zona Noroeste, embora seja uma área de alta vulnerabilidade social, conta com muitos recursos relativos sobretudo à cultura e aos esportes. Algumas parcerias além da universidade, realizadas nos últimos anos, vêm aquecendo as possibilidades de aumento de trocas sociais para os usuários.

O processo de apoio matricial às Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família também funciona como ações baseadas em ações individuais de profissionais engajados na proposta da integralidade do cuidado sem suporte de política pública voltada para esse fim ou em ações vinculadas à Unifesp. As articulações com esses equipamentos ainda acontecem como forma de resolução imediata dos problemas com poucas ações reflexivas e realmente baseadas em uma produção compartilhada.

5.4 Práticas cotidianas de reflexão

Quando se fala em formação ou orientação durante as entrevistas, surgem alguns conceitos diluídos, que mesclam educação continuada, supervisão e queixas quanto à falta de apoio nessa área. Apesar disso, propostas positivas para o cotidiano profissional surgem, trazendo potencialidades interessantes ao estudo.

"[...] sei lá, é uma questão até de sentar e conversar, pensei em estar fazendo essa conversa, essa escuta com os técnicos de enfermagem pra que a gente possa entender melhor o que é que eles vivenciam*, o que é que eles vivenciam internamente, porque ainda que eu observe a parte externa é uma coisa do meu olhar, a hora que eles falam fica mais fácil eu olhar o que está no interno deles."* E5

"[...] dentro da enfermagem, a enfermagem psiquiátrica, a enfermagem na saúde mental, ela precisaria de uma coisa que hoje eu não vejo nessa cidade, que seria a educação continuada: é quando o profissional retorna talvez aos seus conceitos*, a rever os seus conceitos. Talvez é coisa nova, mas não necessariamente,* porque isso valoriza o profissional *[...] não existe nada que eu tenha conseguido ver hoje que trouxesse o profissional da enfermagem pra refletir sobre o seu papel,* refletir sobre a sua vivência, as suas vivências *e talvez resgatar coisas, sentimentos que estejam perdidos ali mais até pelo dia a dia que pelo contexto em que as pessoas vivem."* E5

"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).

"Olha, eu percebo assim, a gente trabalha no automático, a gente tem necessidade, e a gente percebe a necessidade de desenvolver um novo modelo de atendimento *em saúde mental, só que pra isso, eu vejo esse tempo todo que nós estamos aqui, e que eu estou no NAPS, por mais que a gente se empenhe, às vezes tenta juntar a equipe, discutir os trabalhos, discutir saúde mental, discutir o que foi o que poderia ser, nós precisamos é de... a palavra não é só capacitação, nós precisamos de, além da supervisão que eu ia entrar nisso também, a gente precisa de supervisão,* a gente precisa repensar o modelo de saúde mental *[...]."* E9

"Olha, a capacitação em saúde mental, porque a gente está tão pobre, cada um acaba se capacitando por conta própria [...], mas então a gente precisa de capacitação em saúde mental, *precisa de* supervisão em saúde mental." E9

“[...]é assim, o funcionário iria estar mais preparado pra saber lidar com o paciente psiquiátrico, que é difícil e não só pro funcionário novo, mas existir sempre uma reciclagem pros funcionários da própria unidade ou de todas as unidades dos NAPS *[...].”* E10

Como citado, além das passagens diárias de plantão, semanalmente ocorrem as reuniões de equipe. 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 discutidos de forma construtiva, de maneira que as necessidades do usuário (não só as imediatas) possam ser discutidas, mas também repensadas melhores maneiras de articulação para o cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Provocar processos de reflexão, fazer do incômodo o disparador para repensarmos nossa prática, nosso processo de trabalho: falar de Projeto Terapêutico Singular é falar do usuário e suas necessidades, é falar dos nossos processos de trabalho e de nossa instituição. A construção do projeto terapêutico por uma equipe traz consigo a revisão de nossas práticas e nosso modo de entendê-las.

"Eu vou te falar que eu até gostei desses momentinhos, Letícia, pra eu poder refletir um pouquinho, e queria te fazer a minha crítica ao que é o nosso trabalho aqui em CAPS. É, eu tô, tão, confesso, assim desanimada por perceber que a gente não tem escuta [...] Eu acabo tratando como se tudo isso fosse normal, pra me preservar, porque eu percebo que eu já lutei tanto, não vou dizer que já lutei tanto, mas criei tanta expectativa, depositei tanta credibilidade assim, de a gente conseguir desenvolver o trabalho que esse pessoal merece... Enfim, é um desabafo, obrigada." E9

Como citado anteriormente, em nenhum momento foi objetivo avaliar essa equipe de saúde mental. Uma equipe já desgastada, cobrada e sacrificada não merecia um colega apontando erros e traçando correções. Conhecer a relação da equipe do NAPS I com a construção do projeto terapêutico foi um processo desafiador, pois o simples processo da entrevista já provoca processos de reflexão sobre a prática e levanta angústias e sentimentos de impotência.

Acredito que por se tratar de uma equipe jovem e recém-ingressa no serviço, o conceito de Projeto Terapêutico Singular não encontrou ressonância direta nas entrevistas. Entre os profissionais mais antigos, a construção do projeto terapêutico foi bastante citada como algo ocorrido no passado, prática abandonada pelas deficiências na dinâmica do serviço. Desse modo não foi possível traçar um panorama da elaboração do PTS, com sua forma de elaboração, as etapas a serem seguidas ou formas de avaliação. Apesar disso, independentemente do conhecimento do termo, muitas ações puderam ser identificadas como positivas, consideradas eixos norteadores para a elaboração e operacionalização dos PTS.

Eixos importantes como centralidade nas necessidades dos usuários, ferramentas como escuta, vínculo e interesse estão presentes nas ações terapêuticas, porém com pouca relação nas ações coletivas e compartilhadas, possivelmente pela própria desarticulação entre as equipes, falhas na comunicação e fragmentação das ações citadas nas entrevistas.

Considero que a “caixa de ferramentas” desses profissionais é rica de ações terapêuticas que levam em conta as necessidades dos usuários, ações essas plenamente eficazes na elaboração de Projetos Terapêuticos cuidadores. Porém as ações individuais são insuficientes para atingir o objetivo do resgate da cidadania e da autonomia do usuário de saúde mental. Mas conhecer o incômodo, falar da atuação profissional, falar sobre os usuários permite conhecer uma complexa rede de tensões e potencialidades, podendo tornar-se um grande passo para um processo de reflexão na equipe e – por que não? – iniciar projetos de educação permanente.

Para Merhy & Feuerwerker (2009), a condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. O olhar do outro muitas vezes funciona como dispositivo para que cada um ponha em questão seu modo de operar, por isso o coletivo é fundamental. Conceitos e problemas que pareciam imutáveis, inerentes à contingência das organizações, passam a ser transformáveis, revelando a potência de cada um dos atores na medida de sua participação no coletivo. Pode-se desenvolver um processo de aprendizagem a partir da produção de novos arranjos, ressiginificando o cotidiano a partir de uma análise coletiva.

A inexistência de processos de construção do Projeto Terapêutico Singular pode ser superada pela construção de novas práticas, mais articuladas e integradas, a partir de um processo de reflexão que exteriorize e valorize esse incômodo constante. A elaboração do PTS como prática sistematizada possibilita a mudança no processo de cuidado e principalmente na autonomia do usuário. Considerando que os eixos norteadores para essa elaboração já existem, refletir sobre essa construção pode realmente funcionar como um dispositivo de gestão e organização da equipe.

Os relatos relacionados às práticas de reflexão mostram interesses claros nesse sentido, demonstram profissionais abertos a repensar seus processos de trabalho a partir de suas práticas e incômodos.

Os incômodos não deixarão de existir. Seria ousado acreditar que discussões a respeito da construção de projetos terapêuticos e de produções compartilhadas solucionariam todas as nossas questões. Estamos a cargo de questões políticas sérias que por muitas vezes interferem nas nossas práticas, mas não nos impedem de trilhar micropolíticas possíveis para promover melhorias no atendimento ao usuário de saúde mental.

O processo de reflexão pode ser muito difícil, pode ser desconfortável, assim como a produção coletiva, mas o Projeto Terapêutico Singular pode ser um bom dispositivo disparador de reflexão nos espaços coletivos, um disparador para facilitar contextos para projetos de educação permanente. Esses projetos podem acontecer ali, nas nossas reuniões, no nosso cotidiano, ao nosso alcance. Está claro que potencias existem e o desejo de mudança está presente em cada um de nós, nesse NAPS histórico e tão citado como exemplo para o país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; CARVALHO, A. L.; UHR, B; ANDRADE, E. A.; MOREIRA, M. C. N.; SOUZA, W. F. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2.ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ARANHA E SILVA, A. L., FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista latino-am. Enfermagem**. São Paulo, v.13, n.3, p. 441-9, 2005.

BALLARIN, M. L. G. S.; MIRANDA, I. M. S. de; FUENTES, A. C. de R. C. Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.30, n.4, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2012.

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. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, 20 fev. 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

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

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. 2010. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20integral%conceito%20como%20fazer.pdf. Acesso em: 5 set. 2013.

GONZAGA, N. A. N. **Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPSIII**: a visão dos profissionais. Santos, 2012. 82f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). 2012.

JORGE, M. S. B. *et al*. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma produção coletiva. **Texto Contexto Enferm.,** Florianópolis, v.20, n.3, p.493-302, jul.-set. 2011.

KINKER, F. S.; NICÁCIO, M. F. S. O desafio de viver fora: construindo a cooperativa Paratodos. In: CAMPOS, F. C. B. F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). **Contra a maré à beira-mar**. v.1. 1ª ed. São Paulo: Scritta, 1996, p.121-31.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. B. F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Org.). **Contra a maré a beira-mar**. v.1. 1ª ed. São Paulo: Scritta, 1996. p.67-77.

_____. Saúde mental e a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em: http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/22_R_Tykanori_Kinoshita.pdf.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de janeiro, v.23, n.6, p.1455-61, jun. 2007.

OLIVEIRA, G. N. O. **O projeto terapêutico como contribuição para mudança nas práticas de saúde.** Campinas, 2007. 176f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2007.

_____. Projeto Terapêutico Singular. In: GUERREIRO A. P.; CAMPOS G. W. S. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. v.1. 1ª ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, Hucitec, 2008. p.283-97.

_____. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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.

_____. 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. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. de O. **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

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:** pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

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

REIS, S. L. C. **Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em saúde mental, município de Santos no período de 1989 a 1996**. São Paulo, 1998. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1998.

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

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

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

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho de profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Revista latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.13, n.1, p.112-7.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde

PESQUISA:

Projeto Terapêutico Singular: Desafios e perspectivas em uma Unidade de Saúde Mental

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado a participar da pesquisa **Projeto Terapêutico Singular: desafios e perspectivas em uma Unidade de Saúde Mental**

O objetivo geral deste estudo é conhecer a relação da equipe de Saúde Mental do NAPS ZONA NOROESTE com o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular, buscando detectar os limites e potencialidades para sua realização. A pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada contendo tópicos relativos ao processo de construção do projeto terapêutico. Durante a pesquisa serão utilizados registros escritos e gravados por meio de um gravador.

É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento. Você pode deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com o pesquisador e outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito de pesquisa.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador afirma seu compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimentos e eventuais dúvidas. O pesquisador responsável é a Sra. Letícia da Mota Neri, que pode ser encontrada no endereço Rua Prof. Luiz Gomes Cruz, s/n – Castelo – Santos ou pelos telefones 3299-4368 ou 8132-1978, ou ainda pelo e-mail leticiamota@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, pelos telefones (11) 5571.1062, FAX: (11) 5539.7162 ou por e-mail, através do cepunifesp@epm.br .

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde

Eu, _____, RG n.º _____, CPF n.º _____, abaixo assinado, acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Projeto Terapêutico Singular: desafios e perspectivas em uma Unidade de Saúde Mental.**

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ _____/_____/_____

Assinatura do Participante da pesquisa Data

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

Responsável pela pesquisa:

_____ _____/_____/_____

LETÍCIA DA MOTA NERI Data

Apêndice B – Roteiro para entrevista semiestruturada

- Formação, ano de formação, ano de entrada no NAPS, quanto tempo está nesta unidade.
- Já teve outras experiências em Saúde Mental? Conhecia os NAPS? E este NAPS?
- Qual era a sua expectativa ao iniciar seu trabalho nesta unidade? E o que mudou?
- Pode me falar um pouco do trabalho que realiza no NAPS (em relação ao usuário, aos profissionais)?
- Ao longo do período que trabalha aqui houve alterações na forma de trabalhar. Você as associa a algum motivo específico?
- Você poderia escolher um caso que você considere “a cara” do NAPS I?
- Há um motivo para essa escolha?
- Pra você qual seria o projeto terapêutico para esse caso?
- No contexto atual do NAPS I, há dificuldade para implementar esse projeto?
- Você recebeu alguma informação sobre Projeto Terapêutico Singular?
- Você foi apresentado ao Projeto Terapêutico Singular de algum usuário desta unidade?
- Que tipo de orientação gostaria de receber? O que poderia melhorar seu trabalho?
- Há algo que queira falar sobre esse tema ou algum outro relacionado ao seu trabalho?