



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA
INTERVENÇÕES EM SAÚDE

MARLA MARIA BITENCOUT PEREIRA

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PLANEJAMENTO DO CUIDADO
INTEGRADO PARA PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO**

Salvador-Bahia

2024

MARLA MARIA BITENCOUT PEREIRA

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PLANEJAMENTO DO CUIDADO
INTEGRADO PARA PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO INTENSO**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola Bahiana de Medicina e Saúde
Pública como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Medicina e Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ªDra. Milena Silva
Lisboa

Salvador-Bahia

2024

APRESENTAÇÃO

Debruçar-me sobre a saúde mental torna-se pertinente visto o pecorrer do meu trabalho. Possuo um percurso ativo dirigido para saúde mental de Camaçari-BA, onde venho fortalecendo o enlace com muitos profissionais, principalmente dos serviços pertencentes a RAPS do município. São nove anos atuando na Saúde Mental, iniciando a trajetória no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSia), situado no Distrito Sanitário (DS) da Sede, como técnica de referência e enfermeira da unidade, onde promovi ações importantes voltados para o matriciamento e encontros dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como a primeira feira de saúde promovida pelo CAPSia com o foco na promoção e prevenção á saúde mental e bem-estar. Esse rico encontro contou com a participação da Unidade de Saúde da Família (USF) Piaçaveira e os residentes da Fundação Estadual Saúde da Família (FESF), alunos da Faculdade Metropolitana de Camaçari (FAMEC), Conselho Tutelar, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Escola Municipal Angiolina Teixeira, comunidade do bairro Inocoop e outros serviços. Também sempre me fiz presente nos encontros promovidos pelo município de Camaçari sobre atenção primária, saúde mental, fluxos de rede de atenção e outras temáticas importantes para a saúde pública. Realizei a especialização ofertada pelo município de Camaçari, com a parceria da Rede Sírio Libanês de Pesquisa, sobre Gestão da Clínica em Rede de Atenção do SUS, que reuniu atores de diferentes dispositivos da saúde pública de Camaçari, o que culminou no projeto “Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial: Um desafio a muitas mãos no município de Camaçari-BA” no ano 2016.

Ainda no CAPSIA, aceitei o convite de gerente interina e logo depois assumi como gerente no CAPS II, onde permaneço até os dias atuais com inúmeros enfrentamentos e

desafios que me convidam a refletir.

Portanto, esse estudo se originou a partir da minha inquietude gerada sobre a rotina de trabalho da equipe do CAPS, em seu objetivo de proporcionar o cuidado à pessoa em sofrimento mental grave, envolvendo, muitas vezes, ações pensadas e executadas em estratégias reducionistas, isoladas e solitárias através do técnico de referência e/ou a equipe, com limitadas nas ações inter equipes de saúde. Esta sensação de fragmentação do cuidado foi sentida por mim desde quando exerci a função de enfermeira técnica de saúde mental no CAPSi, e foi reforçada, especialmente, no meu contexto atual de trabalho, como Gerente do CAPS II, localizado no DS da Costa. Trabalhar nesse distrito de saúde configura muitos desafios de ordem geográfica, visto que as regiões de saúde são bem distantes do CAPS II, mas, ao mesmo tempo, sinto uma disposição muito interessante dos profissionais presentes nas unidades de saúde em planos e tentativas para a melhoria do cuidado integral ao sujeito em sofrimento. Ainda que fisicamente os equipamentos de saúde sejam distantes, existem elos de comunicação interessantes, como a reunião mensal com todos os gerentes das unidades desse distrito, sejam das USF, CAPS, Multicentro, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Pronto atendimento (PA), o que permite ambicionar mudanças para o cenário atual. Disto isto, me faço motivada em contribuir para este DS da Costa e sem dúvida expandir para o DS da Sede de Camaçari. O ponto chave da inquietude dessa mestranda é proporcionar ações que visem a integralidade do cuidado à saúde das pessoas em sofrimento mental grave. Trabalhar no serviço do CAPS exige reflexão constante, uma vez que ele nasceu na lógica antimanicomial, mas, de certa forma, ainda mantém “certo” isolamento, como se nosso público assistido fosse privado de percorrer os demais serviços da rede de saúde do município de Camaçari-BA – resquícios da lógica manicomial de exclusão. O Projeto Terapêutico Singular PTS dessas pessoas é norteado, em grande proporção, para o interior do serviço CAPS, sendo nós, os técnicos, “aparentemente” os únicos responsáveis pela pessoa em sofrimento mental.

Assim, esse raciocínio “enviesado” se perpetua para os demais serviços de saúde e até mesmo os serviços Inter setoriais, onde é possível encontrar a defesa de que, por exemplo, um curativo por queda só pode ser feito no CAPS ou o CAPS deveria ter profissional dentista para as pessoas que lá fazem tratamento, ou mesmo ter uma escola. Conseqüentemente, é desenhado um panorama de cuidado fragmentado e isolado no CAPS, colaborando cada vez mais para o aumento do estigma da pessoa em sofrimento mental, limitando-as e ratificando uma lógica de exclusão social, centralização do cuidado e desresponsabilização do usuário e de seus familiares pela implicação com o tratamento. Nesse momento, não há julgamentos a se fazer, o que se faz necessário, para mim, é se debruçar sobre a Política de Saúde Mental, entender que a luta antimanicomial é presente e quais são os avanços que precisam serem realizados. Os atores envolvidos na reforma psiquiátrica precisam ser renovados, ter a contribuição de novas potências de atenção a um cuidado agregador, descentralizado, acolhedor e antimanicomialista. Tenho a convicção que temos sólidos alicerces construídos e que não podemos perdê-los de vista! A lógica da Clínica Ampliada nos direciona e ensina como podemos cuidar do outro. Por que não o tornar-se de fato operativo? Ter constituída a RAPS é uma vitória fabulosa para saúde mental, contudo cabe aos profissionais de cada dispositivo fazer movimentá-la! O que penso exatamente nesse momento é movimentar a RAPS, por isso, humildemente escolhi as USFs do DS Costa de Camaçari-BA, visto ser serviço integrante da RAPS, com vasto conhecimento territorial e comunitário, para que pudesse junto com o CAPS II construir reflexões e tecer avanços no cuidado à pessoa em sofrimento mental. O desejo é construir uma conexão sólida entre os dois serviços. Para tanto, imaginei que precisasse de uma tecnologia norteadora do cuidado integrado, tecnologia oriunda da Clínica Ampliada, que trouxesse um respaldo técnico para pensarmos, entre equipes, as ações de cuidado do sujeito. Assim, o PTS casou muito bem com a proposta de união entre os serviços CAPSII e USF, ora porque os serviços já realizam esse planejamento de cuidado para seus usuários vulneráveis, ora porque

a mesma pessoa matriculada no CAPS II vive no mesmo território de adstrição da USF. A pergunta já me tomou por completo: por que a mesma pessoa em vulnerabilidade psicossocial possui dois PTS em unidades de saúde pertencentes à RAPS? Por que não construir o PTS juntos? Por que não dividir a responsabilidade das ações? Por isso, identifiquei a necessidade de analisar quais os desafios no planejamento do cuidado integrado à pessoa com sofrimento psíquico grave atendida por um equipamento estratégico da RAPS (CAPS II), em articulação e corresponsabilização com a rede da atenção primária à saúde. Além de compreender as ações de matriciamento realizadas entre as equipes nos casos estudados, identificar as dificuldades existentes para a elaboração conjunta do PTS entre o CAPS II e as ESF e qualificar o processo de trabalho entre o CAPS II e as USF para planejamento de cuidado integrado a pessoa com transtorno mental grave de Camaçari/BA. Acredito na potência desse trabalho pois percebi nos Grupos Focais que realizei, profissionais engajados, interessados e preocupados pelo cuidado das pessoas com sofrimento mental grave, o que proporcionou um acréscimo metodológico interessante para esta pesquisa, tornando-a Pesquisa-Intervenção, proporcionando uma maior riqueza ao trabalho.

AGRADECIMENTOS

Peço licença para expor um pouco sobre os desafios pessoais que passei ao longo do curso de mestrado, dificuldades de ordem familiar bastantes difíceis e delicadas para lidar, onde, muitas vezes, cogitei abandonar este trabalho e desistir desse sonho. Contudo, encontrei uma força imensurável no criador, uma fé e segurança que me fizeram caminhar. Portanto, agradeço imensamente a este Deus que confio e que não me deixou desanimar e desistir. Agradeço a minha filha Lis, menina inteligente e sapeca, que sempre está ao meu lado com um sorriso maravilhoso e histórias mirabolantes, o que me fez pensar: vou seguir por ela! Agradeço a meu pai, não mais presente fisicamente, mas forte no meu coração ao ponto de eu conseguir ouvi-lo e sentir seu orgulho por mim e todo o encorajamento para seguir em frente; agradeço a minha mãe, que por mais que estivesse distante do processo, esteve orando pelo meu sucesso e minha caminhada profissional; minha madrasta Marleide que sempre me apoiou e dizia com toda força e fé “você é forte”, “você é maravilhosa”, “você vai conseguir!” Minhas irmãs que amo, em especial Isabel que diz sempre que sou sua referência de mulher. Sinto-me, também, muito privilegiada em ter uma amiga irmã, chamada Amélia, desde a graduação em enfermagem, que está comigo para tudo que preciso, me encorajando, ajudando literalmente para que eu conseguisse seguir no curso de mestrado, um alicerce para toda minha vida! Agradeço ainda às amigas Viviane e Luciana, amigas motivadoras que sempre acreditaram no meu potencial. Agradeço a meus familiares e amigos que de algum jeito estiveram torcendo para meu sucesso! Faço agradecimento à equipe do CAPS II por apoiarem este trabalho e participarem deste percurso, entendendo o quanto são necessárias as pesquisas em saúde mental e como podemos juntos nos fortalecer nessa luta constante. Minha gratidão eterna a

cordenadora de saúde mental Sra. Márcia Cosme, por acreditar na minha capacidade, primeiramente por confiar a gestão do serviço CAPS II e posteriormente por apoiar todas as minhas investidas no trabalho desse serviço, dando-me “carta branca”, como ela mesma fala, sobre minhas ações e estratégias de gestão. Dessa forma, não foi diferente quando apresentei meu projeto de mestrado, apoio e incentivo não me faltaram. Além disso, agregou seus conhecimentos para a riqueza dessa pesquisa. Sou grata, à Diretora da Atenção a Saúde, Sra. Elaine Teixeira, que investiu no meu trabalho, permitindo que eu tivesse tempo e dedicação necessária para esta realização. Gratidão também à Coordenadora do Distrito Costa, Sra. Cláudia Paixão, por também acreditar no meu potencial profissional e todos os aconselhamentos para minha melhor performance pessoal e de gestão. Agradeço às gerentes e aos profissionais das USFs, por permitirem minha presença nas unidades, de modo tão acolhedor e íntimo, proporcionando um viés inovador para a pesquisa e oferecendo novos laços de amizade para além do profissional. Minha satisfação a todos os usuários e seus familiares que concordaram a fazer parte dessa história e que a mim confiaram. Reconheço aqui a sorte de encontrar nesse curso da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública colegas sem igual, uma turma engajada, crítica e leve, onde atualmente formamos um grupo sólido de amizade, que levo para a minha vida: Ademar Rocha, Rogério Palmeira, Cristiane Dactes e Ana Passos, vocês são sensacionais!!! Também, aos professores desta instituição que ascenderam reflexões que ultrapassaram o teor acadêmico e tocaram no íntimo do ser humano! Agradecida a esta banca examinadora da defesa, pela disponibilidade em contribuir para meu crescimento acadêmico e, desde já, sinto o acolhimento pertinente de quem é educador. Por fim, um agradecimento especial à minha linda orientadora Milena Lisboa, que tive a sorte e honra e nem sei mas o quê?!(risos) para explicar tamanho encontro mágico! Ela disse que me escolheu, eu digo que

fui abençoada por ela! Milena, você acreditou em mim, quando tudo estava difícil de seguir, você direcionava com um tom leve e seguro de quem me achava o máximo! Eu fui me achando assim, e seguindo e indo e cheguei! Eu já me considero sua amiga, estranho porque a vida acadêmica tem uns distanciamentos naturais entre mestres e alunos, mas o que posso fazer se o meu sentimento é esse? Quero continuar a trabalhar em outros projetos com você e trilhar novas histórias. Muito obrigada a todos e todas!

RESUMO

A maneira de cuidar da loucura em liberdade excita o pensamento estratégico em desenvolver novos dispositivos de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico que se dirija à substituição do modelo manicomial. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adveio com o propósito de ser o centro nodal da rede de saúde mental que cuida do sujeito e suas necessidades de modo integral e no território. O trabalho em clínica ampliada prevê a responsabilidade descentralizada que envolve outros atores do setor saúde, discorre e articula os cuidados em todos os níveis de atenção à saúde. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conecta as unidades de saúde e suas diferentes complexidades integrando o cuidado. As Unidades de Saúde da Família (USF) trazem como característica intrínseca serem conhecedoras do território e ofertarem cuidado integral, especialmente nos níveis da promoção da saúde e prevenção de doenças, além de recuperação e tratamento de condições crônicas e agudas de baixa complexidade. A direção e articulação do trabalho em rede ocorre quando há compartilhamento de informações, troca de saberes e senso de corresponsabilização pela assistência entre equipes, articulada a partir de uma proposta de apoio interprofissional, denominada “Matriciamento”. Nesse novo modo de produzir saúde, adequa-se no processo a utilização, dentre outros instrumentos, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste na principal ferramenta de trabalho interdisciplinar, adequado à realidade de cada equipamento de saúde e as demandas de saúde de cada usuário em seu território. Esta pesquisa pretende analisar quais os desafios no planejamento do cuidado integrado à pessoa com sofrimento psíquico intenso atendido por um equipamento estratégico da RAPS (CAPS II), em articulação e corresponsabilização com a rede da atenção primária à saúde, a saber a USF. Tem como objetivos específicos (1) identificar as lacunas existentes para a elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular entre o CAPS II e as Equipes Saúde da Família das pessoas com sofrimento mental grave de Camaçari/BA e (2) qualificar o processo de trabalho entre o CAPS II e as USF para o planejamento de cuidado integrado à pessoa em sofrimento psíquico em Camaçari/BA. Para tanto, foi realizada a pesquisa de caráter qualitativo, com o desenho da Pesquisa-Intervenção crítica a partir do método de estudos de casos, de usuários atendidos por um CAPS II e também na USF do seu território. Posteriormente, a formação de grupos focais (GF), com a presença dos profissionais dos dois serviços citados,

responsáveis pelo cuidado à pessoa em sofrimento. Desse modo, a análise de dados se deu através do diálogo no grupo focal sob a luz do: acolhimento, diagnóstico situacional das necessidades e vulnerabilidades, articulação e matriciamento, construção de PTS e os desafios do caso. Assim sendo, foi utilizada como fonte de dados duas estratégias: 1) análise de prontuários de usuários ativos do CAPS II, de modo a acompanhar a construção do PTS, seu planejamento e desafios de articulação com outros equipamentos da saúde (em especial, com as USFs do território) e 2) a realização de GF com os profissionais das unidades que atendem estes casos (USFs e CAPS). Visa-se, com isso, contribuir para a resolução de um problema que afeta o planejamento das ações em saúde e saúde mental e a articulação das estratégias de cuidado, de modo a aprimorar o matriciamento e fortalecer na RAPS os dispositivos que se pautam na Clínica Ampliada. A análise dos dados indicou um confronto importante sobre entender a necessidade de trabalhar sobre a perspectiva da clínica ampliada e de fato conseguir praticá-la, frente aos desafios da rotina do trabalho; ressaltou-se a pessoa em vulnerabilidade sendo, muitas vezes, invisibilizada no território e revelou o cuidado à pessoa em sofrimento mental pautado em ações individuais, fragmentadas e sem planejamento. Os produtos do trabalho originaram-se mediante o protagonismo dos participantes do GF1 e posteriormente validado pelos demais GFs realizados. São estes produtos: formação do grupo de trabalho permanente e o desenvolvimento da planilha compartilhada, disponibilizada através da plataforma Google Drive entre CAPS II e as USFs do DS Costa, o intuito dos produtos se dão sobre a qualificação do trabalho compartilhando entre as equipes, ações de intervenções e acompanhamento dos PTS realizados entre os serviços.

Palavras-chave: Saúde Mental; CAPS; RAPS; Clínica Ampliada; Matriciamento e PTS.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform Law, sanctioned in 2001, reflects a process of struggle by the Brazilian people for better living conditions. The way of caring for madness in freedom encourages strategic thinking in developing new care devices for people in psychological distress that aim to replace the asylum model. The Psychosocial Care Center (CAPS) was created with the purpose of being the nodal center of the mental health network that takes care of the subject and their needs comprehensively and in the territory. Work in an expanded clinic provides for decentralized responsibility that involves other actors in the health sector, discussing and articulating care at all levels of health care. The Psychosocial Care Network (RAPS) connects health units and their different complexities, integrating care. The Family Health Units (USF) have the intrinsic characteristic of being knowledgeable about the territory. Composed of a multi-professional team, the Community Health Agents (CHA) have a team of experts who are knowledgeable about the community. The direction and articulation of network work occurs when there is sharing of information, exchange of knowledge and a sense of co-responsibility for assistance between teams, articulated based on an interprofessional support proposal, called "Matrix Support". In this new way of producing health, the use of, among other instruments, the Singular Therapeutic Project (PTS), which consists of the main interdisciplinary work tool,

adapted to the reality of each health equipment and the health demands of each user in their territory. This research aims to analyze the challenges in planning integrated care for people with intense psychological distress served by strategic RAPS equipment (CAPS II), in coordination and co-responsibility with the primary health care network, namely (USF). Its specific objectives are (1) to identify the existing gaps for the joint elaboration of the Singular Therapeutic Project between CAPS II and the Family Health Teams for people with severe mental suffering in Camaçari/BA and (2) to qualify the work process between the CAPS II and the USF for integrated care planning for people in psychological distress in Camaçari/BA. To this end, qualitative research was carried out, using the case study method, of users served by a CAPS II and also at the USF in its territory. Subsequently, formation of focus groups (FG), with the presence of professionals from the two services mentioned, responsible for the person's care and suffering. In this way, data analysis takes place through dialogue in the focus group in the light of: reception, Situational Diagnosis of needs and vulnerabilities, articulation and Matrix Support, construction of PTS and the challenges of the Case. Therefore, two strategies were used as a data source: 1) analysis of records of active users of CAPS II, in order to monitor the construction of the PTS, its planning and challenges of articulation with other health equipment (in particular, with the USFs in the territory) and 2) carrying out FG with professionals from the units that care for these cases (USFs and CAPS). The aim is to contribute to the resolution of a problem that affects the planning of health and mental health actions and the articulation of care strategies, in order to improve Matrix Support and strengthen RAPS devices that are based on the Expanded Clinic. The analysis of the data indicates an important confrontation about understanding the need to work from the perspective of the expanded clinic and actually being able to practice it, in the face of the challenges of the work routine; it highlights the vulnerable person who is often made invisible in the territory and reveals care for people in mental distress based on individual, fragmented and unplanned actions. The work products originated through the protagonism of the FG1 participants and were later validated by the other FGs carried out. Becoming the products: formation of the permanent working group and the development of the shared spreadsheet, made available through the Google Drive platform between CAPS II and the USFs of DS Costa, the aim of the products is to qualify the work shared between the teams, intervention actions and monitoring of PTS carried out between services.

Keywords: Mental Health; CAPS; RAPS; Expanded Clinic; Matrixing and PTS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2 RACIONAL TEÓRICO.....	21
2.1 A rede de atenção psicossocial (RAPS).....	21
2.1.1 Rede de atenção psicossocial do município de Camaçari-Ba.....	28
2.1.2 Território de cuidado.....	33
2.2 Dispositivo de cuidado da clínica ampliada.....	35
2.2.1 Projeto terapêutico singular.....	37
3. OBJETIVO GERAL.....	41
3.1 Objetivos Específicos.....	41
4. MÉTODO.....	41
4.1 Metodologia da pesquisa.....	41
4.1.1 Desenho metodológico da Pesquisa-Intervenção e Método de Estudo de caso.....	42
4.1.2. Procedimento metodológico.....	46
4.2. Critérios de Inclusão.....	55
4.2.1 Critérios de Exclusão.....	55
4.3 Aspectos éticos.....	56
4.4. Riscos e Benefícios.....	56
4.5 Análise dos dados.....	59
5 RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	59
5.1 Análise dos casos.....	61
5.1.1 História do Cuidado.....	61
5.1.2 Vida 1.....	61
Categoria 1) O encontro/Acolhimento.....	64
Categoria 2) Diagnóstico Situacional.....	70
Categoria 3) Articulação/ Matriciamento.....	77
Categoria 4) Construção do PTS.....	81
Categoria 5)Desafios do caso.....	88

5.1.3 Vida 2.....	96
Categoria 1) O encontro/Acolhimento.....	99
Categoria 2) Diagnóstico Situacional.....	105
Categoria 3) Articulação/ Matriciamento.....	112
Categoria 4) Construção do PTS.....	114
Categoria 5)Desafios do caso.....	116
5.2 Produtos.....	118
5.2.1 Produto 1-Grupo de trabalho permanente em matriciamento.....	118
5.2.2 Produto 2-Planilha compartilhada de cuidado conjunto USFs e CAPS II.....	129
5.3 Artigo Científico -revisão de literatura.....	140
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
7. REFERÊNCIAS.....	165
8. APENDICE.....	173
8.1Apedice 1.....	173
8.2 Apendice 2.....	176
8.3 Apendice 3.....	179
9 ANEXO.....	183
9.1 Anexo 1.....	183
9.2 Anexo2.....	185
9.3 Anexo 3.....	189

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Desenho da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS).....	23
Gráfico 1 - A representação histórica de beneficiários ativos no programa PVC.....	25
Gráfico 2 – A taxa de crescimento médio anual dos CAPS.....	27
Quadro 1. Perfil de Participantes da Pesquisa.....	52
Quadro 2. Cosntrução do PTS de Vida1.....	87
Quadro 3. Relação dos artigos selecionados.....	114
Quadro 4. Cosntrução do PTS de Vida 2.....	116
Quadro 5. Planejamento do trabalho para produto 1.....	125
Quadro 6. Planejamento do trabalho para produto 2.....	137

FOTOS

Compartilhada para elaboração de cuidado conjunto entre USFs e CAPS II.....	79
a) Foto da coluna Dados Pessoais.....	103
b) Foto da coluna Informações do CAPS II.....	103
c) Foto da coluna Informações da USF.....	104
d) Foto da coluna cuidado integrado CAPS e USF: Ações de Matriciamento.....	104
e) Foto da planilha ações e articulações.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS-PSI Brasil - Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil

CEO- Centros de Especialidades Odontológicas

CERII - Centro Especializado em Reabilitação tipo dois

CRES - Centro de Referência e Especialidades em Saúde

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CRAS – Centros de Referência de Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DS – Distrito Sanitário

DeCS - Descritores em Ciências da saúde

EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

ERP- EnterpriseResourcePlanning

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAMEC-Faculdade Metropolitana de Camaçari

FESF - Fundação Estatal Saúde da Família

FIOCRUS - Fundação Osvaldo Cruz -Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família

GF - Grupo Focal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNH - Política Nacional de Humanização

PVC - Programa de Volta para Casa

PA - Pronto-Atendimentos

PEP - Prontuário eletrônico do município

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de atenção psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCIELO - ScientificElectronicLibrary Online

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

TR - Técnico de Referência

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UPA- Unidade de Pronto atendimento

USF - Unidades de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é viva e segue em um processo pautado na desinstitucionalização circunscrita ao Sistema Único de Saúde (SUS). Importantes conquistas ocorreram ao longo dos anos, medidas estruturadas e assentadas em diretrizes de cunho reformista. A implantação regularizada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2001 trouxe um avanço ainda maior sobre a lógica de se pensar o cuidado às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (Brasil, 2013).

O outrora paciente, aquela pessoa posta em lugar de passividade, de quem se trata sem ser envolvida no processo de cuidado até então, classificado por uma doença, passou a ser considerado sujeito dotado de direitos, o que lhe auferiu relevância, liberdade, valorização do território, dos vínculos afetivos e de toda uma rede de relações existenciais e de solidariedade (Souza, 2022). A Clínica Psicossocial proposta pelo CAPS visa compreender as determinações sociais do sofrimento, as afetividades, e as redes de vinculação pessoal, para além da tradicional terapêutica médico-centrada, desafiando a normalização vigente e propondo o cuidado em uma equipe multiprofissional que se entrelaça em conhecimentos múltiplos em prol de propostas de cuidado acolhedoras e resolutivas para cada indivíduo. Mais que uma proposta de cuidado, este serviço foi considerado estratégico para a organização e articulação de toda uma rede de atenção psicossocial ofertada para o usuário que vive em seu território. A relevância de conhecer esse espaço de vida considera o indivíduo em seu movimento rotineiro, tornando-se uma importante ferramenta de cuidado constante (Rabelo, 2006).

As propostas trazidas pela Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 enriqueceram a ideia das tecnologias: humanização, singularidade do sujeito e do cuidado pautado no dispositivo da Clínica Ampliada. Visa responder de maneira concisa à necessidade

de articulação e diálogo de diferentes saberes, aproximação de distintos pontos da rede de saúde e da inclusão dos usuários como sujeitos ativos na elaboração do seu plano de cuidado (Brasil, 2009). A ferramenta para o planejamento dos cuidados e reconstrução psicossocial é intitulada de Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerado como elemento formativo e ordenador no processo de trabalho (Grigolo, 2014).

A confecção do PTS é realizada após o acolhimento e admissão do usuário no CAPS, cabendo ao profissional chamado Técnico de Referência (TR) a responsabilização das ações e a produção de vínculo com o sujeito assistido. A construção da proposta de cuidado pressupõe haver compromisso mútuo e vínculo entre o usuário e o profissional. O TR avalia conjuntamente, com a família e o paciente, as principais necessidades, problemas e ações necessárias. O PTS pode ser compartilhado para outros profissionais da equipe ou mesmo participado através de reuniões técnicas e discussões de casos clínicos e, assim, novas contribuições são abarcadas no processo de confecção desse elemento norteador de cuidado individual. A construção deve ser realizada paulatinamente de acordo com o convívio entre os atores envolvidos, considerando as necessidades prementes do assistido, a partir de informações colhidas com o aumento do vínculo e a segurança conquistada pela equipe multidisciplinar. As ações contidas no PTS podem ser praticadas dentro do próprio CAPS, através de atendimentos individuais e/ou grupais ou simultaneamente com atividades e atuações realizadas no território em diversas instâncias: saúde, educação, esporte, cultura e família. (Marchesan, 2016).

As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) exercem papel privilegiado no tocante ao conhecimento do território, população, modo de vida e cultura local, composta por equipe multiprofissional também inserida na proposta de Clínica Ampliada, com foco em

articulações em rede de cuidado. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são de uma riqueza considerável no processo de cuidado, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente à respeito daquelas em situação de risco (Brasil, 2015).

As ações e metas pensadas e articuladas na elaboração do PTS conjuntamente com a participação do usuário, ESF e o CAPS, sem dúvida, trarão maior eficiência, segurança e êxito no processo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico intenso. Todavia, percebe-se através da observação cotidiana no processo de trabalho no CAPS II, que é inabitual os equipamentos de saúde CAPS II e ESF conseguirem articular suas ações a partir da elaboração de um único PTS, a ser efetivado em intequipes, haja visto, os registros em prontuários, discussões de equipe no CAPS e percepções provenientes no momento da supervisão clínica institucional.

Importante ressaltar que profissionais especializados do CAPS e os profissionais da USF localizados no Distrito Costa do município de Camaçari-Ba realizam algumas ações, inseridas na proposta de matriciamento, como: discussão de casos clínicos, realização de eventos na comunidade sobre saúde mental nos eixos de prevenção e promoção à saúde; escutas, atendimentos, interconsultas médicas e outros encaminhamentos pontuais de acordo com a necessidade individual de cada caso clínico.

Apesar de outras atividades matriciais serem realizadas entre as equipes da rede acima citadas, torna-se fundamental a construção do PTS com o usuário em sofrimento psíquico do CAPS II e ESF. Trata-se de planejar o cuidado, trata-se de acompanhar as ações, trata-se de responsabilização e co-responsabilização e resolutividade em cada caso singular.

2 RACIONAL TEÓRICO

2.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

O plano de construção da RAPS inicia em 1990, estimulado pelos princípios da valorização dos direitos à saúde para todos os brasileiros e as diretrizes que remetem à integralidade e à promoção de autonomia, que despontavam desde a década de 1970 através da Reforma Sanitária. Assim, o cuidado à pessoa que sofre psicologicamente transpõe o direito de ser tratada com humanidade e respeito onde desejar, tendo como objetivo exclusivo o benefício da saúde, alcançado a partir de sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (Wzorek, 2021).

Nesse sentido, a RAPS traria o objetivo de expandir e facilitar o acesso da população que sofre psicologicamente a um tratamento público, de qualidade e no território, além de garantir a articulação e integração dos pontos de atenção à saúde (Brasil, 2013). Vale ressaltar que após a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica em 2001, a conjuntura brasileira em relação a direitos e conquistas para uma saúde de qualidade e para todos os cidadãos se encontrava próspera e otimista (Brasil, 2013). Contudo, a RAPS só foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, em um intervalo de tempo de 10 anos, sendo consolidada juridicamente após mais 7 anos pela Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017, que configura as redes que compõem o Sistema Único de Saúde. A RAPS está composta, a partir desse momento, de diversos componentes e pontos de atenção da saúde na formação da rede de cuidado psicossocial, dentre os quais destacamos: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergências e Atenção Hospitalar. São numerosos pontos de atenção à saúde que necessitam difundir-se, utilizando a tecnologia da Clínica Ampliada, para tecer os saberes em prol do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (Rabelo, 2006).

Antecipando bastante o período da implantação da RAPS, despontou o CAPS, que adveio como um modelo de reorientação da atenção em saúde mental conectado às conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, que o instituiu enquanto serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Embutida nesta ação, está a prerrogativa de defesa da proteção e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam prioritariamente atendimento às pessoas em sofrimento mental grave e persistente, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

De acordo com a perspectiva interdisciplinar que lhe é inerente, torna-se apropriado ser o CAPS o serviço a assumir o papel de articulador de uma rede de cuidados, aproximando questões relativas à saúde coletiva e à saúde mental, constituindo um campo de integração recíproca de saberes e práticas, promovendo ações a partir dos princípios da clínica ampliada, centrada no sujeito, buscando garantir o acesso ao cuidado integral (Rabelo, 2006).

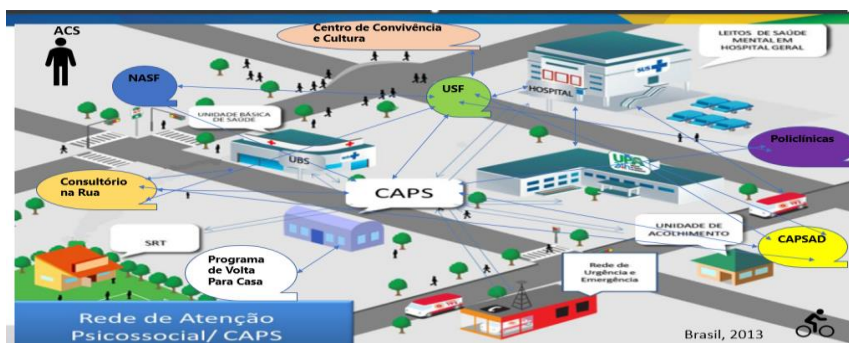
Valendo-se da APS, estratégia principal de atuação junto à Estratégia de Saúde da Família, como um modelo assistencial à saúde territorial, compõem a RAPS suas ações do cuidado à saúde mental, de forma a promover, prevenir e intervir nas condições possíveis de doenças e agravos à saúde mental do sujeito. A busca por intervenções precoces; assim como, quando explora maneiras de readaptação do usuário à vida social, além de promover a saúde mental da população (Rabelo, 2006). O fino manejo das ações realizadas em todos os níveis de atenção ao cuidado em saúde mental é essencial para a garantia da completa assistência à

comunidade. Portanto, é oportuno à APS, através das Unidades de Saúde da Família, utilizar do trabalho compartilhado e o apoio matricial, através da articulação com a equipe especializada da saúde mental – CAPS, utilizando o sentido da implicação do cuidado entre as equipes e construção de vínculos entre profissionais e usuários, além de reunir a família e o território na cena do cuidado como meio de garantir o cuidado integral (Brasil, 2009).

A intenção da RAPS é organizar o entrelace entre os serviços de saúde que ofertam cuidado ao usuário em sofrimento mental, integrá-los na lógica da corresponsabilização compartilhada das ações em saúde e refinar a comunicação dos pontos dessa rede, através de fluxos ordenados e de ferramentas tecnológicas que realizam a conexão entre os serviços, sem a necessidade de destacar padrões hierarquizados piramidais fracionados (Sampaio, 2021).

Abaixo o desenho cartográfico adaptado pela pesquisadora sobre o território em funcionamento com a RAPS. Demonstra a presença dos muitos dispositivos da rede em plena comunicação e articulações conjuntas em prol da melhor assistência à pessoa em sofrimento psíquico (Figura 1).

Figura 1– Desenho da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS).



Fonte: Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2013)

Menciona sobre as estratégias de cuidado à saúde mental brasileira, de acordo com os preceitos de tratamento em liberdade e valorização do território, apontam o CAPS como serviço

substitutivo às internações psiquiátricas, encontrando-se, por isso, em franco avanço no âmbito dos investimentos financeiros somente a partir do século XXI.

Contudo, no âmbito da disputa política, os avanços foram crescentes desde 1960 com o início da reforma psiquiátrica, atravessada pelo contexto de organização social por direitos e igualdade na saúde pública brasileira, que culminou na Lei 8080 – que institui o Sistema Único de Saúde – sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Aliando-se com a Lei Nº 9.867 de 10 de novembro de 1999, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, favoreceram um ambiente social propício e incluyente para a pessoa em sofrimento psíquico no Brasil (Brasil, 2013).

A Reforma Psiquiátrica estava ainda mais fortalecida politicamente e socialmente e os esforços estavam voltados sobre os usuários hospitalizados em longas internações nos hospitais psiquiátricos, quando foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria Nº 106 de 11 de Fevereiro de 2000, com o objetivo de ofertar moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar de egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, viabilizando, portanto, sua inserção social (Brasil, 2000). No ano seguinte foi sancionada a Lei Nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, que dentre outras menções propõe sobre o lócus para a recuperação ser através da família, trabalho e a comunidade e o tratamento ser o menos invasivo possível e que sejam tratados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001).

Nessa linha do tempo sobre os avanços na saúde mental brasileira, inclui-se, obviamente, o estabelecimento dos CAPS, mencionado anteriormente, o Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê a restituição do direito de morar e conviver em liberdade e a garantia de maior autonomia e protagonismo aos usuários de SM através de auxílio financeiro. Em conjunto com o Programa de redução de leitos psiquiátricos e o SRT, formam a tríade essencial para o processo de desinstitucionalização (Brasil, 2003). O PVC tornou possível o processo de saída do hospital, permitindo acesso às políticas públicas e à circulação na cidade e possibilitando a apropriação de suas casas, com escolha e aquisição de móveis e utensílios.

Interessante apreciar o gráfico abaixo que apresenta a série histórica de beneficiários ativos no programa. Contudo, vale destacar que desde 2004, ano de sua instituição, até o final de 2015, a curva de beneficiários incluídos no programa é crescente. Inicialmente, foi maior o crescimento, enquanto nos últimos anos ascendeu, mas com um número menor de novos cadastros, conforme o gráfico 1 abaixo (Franco, 2015).

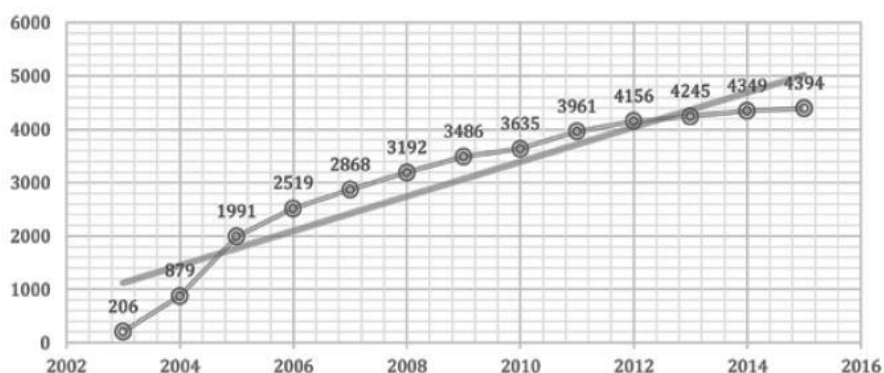


Gráfico 1: Série histórica usuários ativos no PVC (Fonte: Ministério da Saúde, 2015)

Além do PVC conceder benefício financeiro à própria pessoa em sofrimento mental, os municípios que desenvolvem projetos de inclusão social pelo trabalho destinados a pessoas

com transtorno mentais ou decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas também contarão com recursos financeiros através da Portaria nº 1.169 de 07 de julho de 2005. Outra Portaria conquistada para as progressões no âmbito da SM é a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio (Brasil, 2012).

Notoriamente os progressos para Saúde Mental brasileira vinham ocorrendo com o passar dos anos através das novas leis, pela vigilância constante dos grupos sociais anti-manicomialistas, profissionais, usuários e familiares em prol sempre da maior qualidade de assistência, respeito e liberdade. Chegou-se à substituição de gastos na abertura de leitos hospitalares psiquiátricos por estabelecimentos que ofertam cuidado no território (como as Residências Terapêuticas), organizações de cunho coletivos e acolhedores; inovações nas práticas de cuidado ofertada aos usuários e a maior participação dos utilizadores dos serviços psicossociais nas mobilizações que visam melhoria das condições de saúde e procura por seus direitos (Campos, 2015).

Contudo, percebe-se o quanto foram nocivas as ações políticas entre os anos 2016-2019 para a PNSM Brasileira, haja visto os poucos investimentos nos programas já conquistados como SRT e PVC, ocasionando um declínio importante no movimento de desinstitucionalização, além da nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que promoveu mudança de sentido fundamental na lei da reforma psiquiátrica. A partir de 2019, as novas mudanças na Política de Saúde Mental reinstituíram os hospitais psiquiátricos como

componente da RAPS, aumentaram o incentivo financeiro das internações e aberturas de Comunidades Terapêuticas, restituíram o modelo de abstinência como orientador dos serviços destinados a usuários de crack e outras drogas, destituindo a redução de danos como organizadora dos cuidados a essa população, ao passo que reduziu os investimentos aos serviços de saúde mental territoriais, incluindo o desmonte dos Consultórios na Rua e o financiamento dos CAPS. Dessa forma, minimizou-se a importância do CAPS, quando destituiu seu papel como articulador da rede, em defesa de um “outro modelo” de cuidado, distinto da Lei nº 10.216/2001 (Oliveira,2022).

A redução drástica do ritmo de implantação de CAPS aponta para um cenário de desassistência e estagnação do processo da reforma psiquiátrica. Abaixo um gráfico que demonstra a taxa de crescimento médio anual dos CAPS (Cruz, 2019)

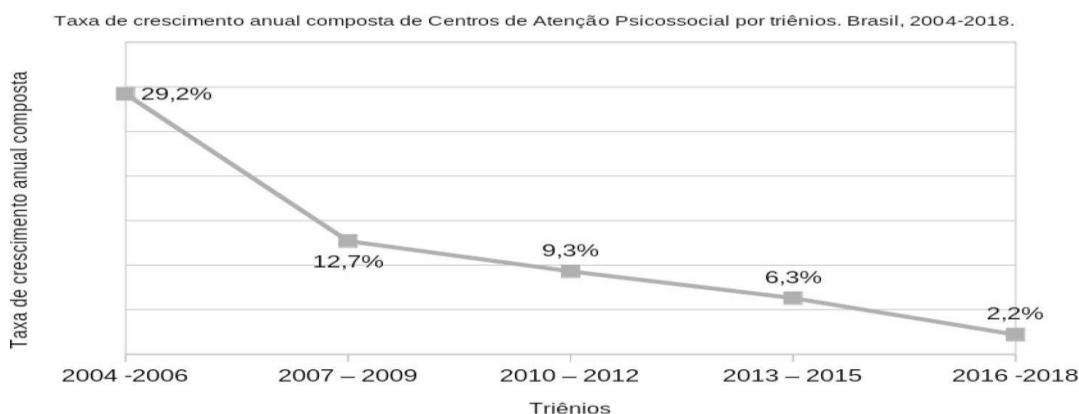


Gráfico 2: Taxa de crescimento anual dos CAPS (Brasil, 2015).

Esse declínio ocorreu mais fortemente devido à forte tendência neoliberal do governo dos presidentes Michel Temer e Jair Bolsonaro de desinvestimento das políticas públicas que garantem os direitos universais básicos, como saúde e educação, especialmente a partir da

Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do Teto de Gastos de 2017, que propunha um novo regime fiscal de modo a diminuir as despesas públicas, a partir do congelamento dos investimentos nas áreas sociais por 20 anos (até 2039). Isso implicou em inconvenientes ocorridos no financiamento para toda a RAPS, como também, pela não prioridade política, desse momento, sobre as necessidades de saúde mental. Tudo isso, ainda agregando alta prevalência do estigma social sob o sujeito em sofrimento mental (Moreira & Onocko-Campos, 2017).

2.1.1 Rede de Atenção Psicossocial do município de Camaçari-Ba

Camaçari é um município do Estado da Bahia e está situado na Região Metropolitana de Salvador. Possui 785,421km² e abriga uma população estimada de 309.208 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo em sua maioria, população urbana (Brasil, 2021). Vale ressaltar que o município em sua extensão territorial é dividido em Orla e Sede, possuindo dois Distritos Sanitários de Saúde.

A atenção psicossocial é composta por quatro serviços CAPS:

- 01 Centro de Atenção Psicossocial CAPS II, situado em Abrantes, na orla do município, voltado para a atenção aos munícipes de Camaçari adultos em sofrimento mental grave e persistente, inaugurado no ano de 2007, com 1.230 usuários matriculados e 618 ativos;
- 01 CAPS III, localizado no Centro do Município, voltado também para a população adulta em sofrimento mental, inaugurado em 2008;

- 01 Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD, voltado para estratégias de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico por uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, inaugurado em 2015 na Sede do município.
- 01 Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil - CAPSi Abrace, voltado à população infantojuvenil em sofrimento mental, inaugurado em 2015 na Sede do município.

Além dos CAPS, a RAPS do município de Camaçari é constituída também pelos seguintes pontos de atenção (serviços):

- Atenção Básica:
 - 07 Unidades Básicas de Saúde - UBS
 - 34 Unidades de Saúde da Família – USF
 - 02 Academias da Saúde
- Atenção Especializada:
 - 04 Unidades de Pronto Atendimento
 - 01 Pronto-Atendimentos (PA): PA de Abrantes
 - 01 UPA pediátrica: PHOC II
 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192)
 - 01 Centro Especializado em Reabilitação tipo II (CER II)
 - 01 Policlínica
 - 01 Multicentro de Saúde em Guarajuba
 - 01 Centro de Atenção à Saúde da Criança
 - 01 Centro de Referência e Especialidades em Saúde (CRES)
 - Vigilância à Saúde

- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

No ano de 2019, foram publicadas as Diretrizes de Matriciamento em Saúde Mental pela Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari (SESAU), Departamento de Alta e Média Complexidade, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Mental, Coordenação de Planejamento e Diretrizes de Matriciamento em Saúde Mental de Camaçari, em parceria com residentes do Programa de Residências Integradas em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família – FESF/FIOCRUZ.

O objetivo desse rico trabalho é ser o documento norteador do matriciamento em saúde mental do município, pois apresenta um conjunto de orientações para a organização do apoio matricial entre a equipe matriciadora e os demais pontos de atenção desta rede. A abertura é explícita, ao relacionar-se com a Portaria nº 3.088 de 2011, pois propõem a reorganização da RAPS do município, com o objetivo de desinstitucionalizar e promover o cuidado integral dos usuários com sofrimento mentais e uso de substâncias psicoativas.

Durante o texto, é possível percorrer pelo arcabouço histórico das conquistas e as políticas públicas que circundam a saúde mental brasileira. As referências trazidas na construção desse documento são contundentes sobre o modelo de atenção à saúde para a pessoa em sofrimento psíquico que o município de Camaçari pretende realizar, ou seja, trabalho em rede de atenção, antimanicomial e centrado no sujeito. A explanação sobre o Matriciamento encontra-se no texto desde o ponto mais simples, a conceituação, a origem da ferramenta matriciamento, como também traz força enfática para nortear o trabalho em rede de atenção.

As diretrizes de matriciamento para saúde mental do município de Camaçari-Ba, utilizou-se da fonte dos organizadores do guia prático de matriciamento em saúde mental, elaborado no ano de 2011 pelo Ministério da Saúde, que tem o objetivo de capacitar os

profissionais da saúde em geral, sendo este de extrema utilidade na ordem de capacitação técnica e novas descobertas de como tratar a saúde física, mental e social, na construção de um novo modelo humano contando com a colaboração das pessoas envolvidas no cuidado, comunidade, profissionais e gestores..A troca dos tradicionais encaminhamentos hierarquizados, com transferências de responsabilidades, por um envolvimento de trocas e integração de componentes (Brasil, 2011).

Dessa forma, as Diretrizes de matriciamento em saúde mental do município de Camaçari orientam os pontos da RAPS sobre suas funções, como no trecho destacado:

A atuação dos profissionais da atenção básica não se restringe apenas ao usuário, a intervenção deve ser realizada compreendendo sua relação com a família, meio ambiente e inserção sociocultural. A partir das relações também surge a abordagem à saúde mental (Sesau, 2019, p.10).

Dentre outras atribuições contidas nas Diretrizes do município de Camaçari, é oferecida ênfase para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como eixo central do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, atentando-se para a participação ativa do usuário na construção e quando possível articulado com outros pontos da rede, ressaltando a importância de incluir estratégias de reabilitação psicossocial.

O texto é enfático ao mencionar que, para o matriciamento ocorrer entre os dispositivos da RAPS, deve-se usar de diversas estratégias: construção dos projetos terapêuticos singulares, discussão de casos complexos, visitas compartilhadas, participação em reuniões de equipe, construção de genogramas, ecomapas e até mesmo atendimento à distância. Inclusive garante que esses espaços de articulações ocorram: *É necessário que a equipe matriciadora e a equipe de referência tenham espaços protegidos na agenda para realização do matriciamento. Ambas*

devem estar dispostas e envolvidas no processo de aprendizado mútuo e ativo” (Sesau, 2019, p. 16).

Mesmo informando sobre a importância sobre garantir o espaço em agendas e carga horária disponível dos técnicos das equipes de saúde para a realização do matriciamento, os autores são realistas e citam esta ação como desafiadora para alguns gestores implantarem na rotina de trabalho dos profissionais da RAPS. O item 4 do texto discorre sobre as diretrizes singulares da Gestão, onde está garantido o espaço para a participação de todos profissionais na realização de ações de matriciamento, sejam intra ou intersetoriais, além de assegurar apoio logístico e materiais adequados para este trabalho (Sesau, 2019).

Sobre a competência da coordenação de saúde mental, trata-se de: elaborar guias, protocolos e fluxogramas para o direcionamento das atividades; Criar estratégias de aproximação entre as equipes; Garantir formação continuada aos profissionais com calendário determinado; discutir a rede de urgência e emergência qualificando a RAPS; monitorar e avaliar as ações de Matriciamento do município de Camaçari (Sesau, 2019, p. 13).

Sobre as diretrizes singulares de responsabilidade da educação permanente, está garantida a inclusão da temática matriciamento nos espaços de educação permanente e a qualificação dos atores envolvidos, além da elaboração e apoio nos cursos em saúde mental nos serviços que compõem a RAPS (Sesau, 2019).

Por fim, compete aos CAPS de Camaçari: *“Promover ações de matriciamento; Fomentar o matriciamento com ênfase na atenção básica e urgências psiquiátricas”* (Sesau, 2019, p. 15). A competência das USFs e UBSs estão no estímulo à participação dos profissionais nas ações de matriciamento do município, disponibilizando pelo menos um profissional da equipe nos momentos de matriciamento e compartilhando os conhecimentos

adquiridos para a população do território. Esta ação na comunidade visa diminuir os estigmas relacionados aos problemas psicossociais e reforça o controle social (Sesau, 2019).

O texto também traz responsabilidades para outros dispositivos da RAPS, como a rede de urgência e emergência, rede especializada como policlínicas, multicentro de saúde, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Referência de Especialidades em Saúde (CRES), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Especializado em Reabilitação II (CER II) e envolve inclusive a rede intersetorial como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e O Centro de Referência de Assistência Social (CREAS). Soma-se ao documento, um facilitador para notar as ações de matriciamento para as equipes que matriciam e aquelas matriciadas, chamado de “CheckList”. Esta listagem menciona de forma objetiva que a equipe matriciadora deve garantir: a realização de uma prévia investigação á respeito da unidade que irá matriciar, conhecer os pontos fortes e desafiadores da equipe, assim como, as necessidades mais urgentes, realizar sempre agendamentos prévios, organizar transporte e outros materiais necessários. Já a equipe que recebe o matriciamento deve atentar-se para inserir temáticas relevantes de acordo as dificuldades encontradas, se apropriar dos fluxos e protocolos do município, selecionar os casos para discussão e incluir o PTS da unidade (Sesau, 2019).

2.1.2 Território de cuidado

As redes de atenção à saúde, além da articulação e das intervenções inerentes ao processo de cuidado na saúde pública, sobretudo na saúde mental, convergem em torno do território em que o sujeito vive. A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais. Nessa perspectiva, o ser humano é o promotor da construção do

espaço geográfico, a partir da produção de “modos” de viver na saúde (Santos, 2000).

A inseparabilidade entre todos os atores envolvidos no processo de cuidado e a sua base territorial, ou seja, com o espaço geográfico e habilitado de localização, permite a configuração de uma identidade territorial, diferenciada por exemplo de um espaço nacional. O território torna-se, na Política de Saúde, um conceito operacional das práticas, de modo a constituir-se como um vetor de organização e conexão de distintos elementos que emergem e se estabelecem no campo da saúde, assumindo com os sujeitos uma conformação de relações, subjetividades, vida, área de abrangência, processo, influência, vínculos e rede (Canoas, 2013).

A potência do território vivo se dá tanto no processo macropolítico como no micropolítico e, sobretudo, porque é nessa articulação macro e micro que se encontra, muitas vezes, um grande desafio na promoção à saúde. O território deve ser absorvido politicamente em si mesmo como um "espaço do vivido" um espaço habitado, forjado a partir de relações históricas de poder, em espaço de convivência e disputas culturais diversas, atravessado por determinantes sociais de saúde e doença. Portanto, para se operar com essa categoria no âmbito da saúde, é necessário considerar a territorialidade como modo de acesso ao território. A territorialidade traria para o território uma dimensão ontológica e não apenas técnico-administrativa (Canoas, 2013).

Assim, o território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo. No entanto, a delimitação pode não ocorrer de maneira precisa, pode ser irregular e mudar historicamente, bem como acontecer uma diversificação das relações sociais num jogo de poder cada vez mais complexo (Santos, 2000).

Pertinente ao projeto de cuidado da pessoa em sofrimento mental, o território, muito

além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, atravessado por processos sociais, culturais, religiosos e históricos, com problemas de saúde definidos e que interage com as distintas unidades prestadoras de serviços de saúde de um modo singular, que deve ser respeitado.

2.2 Dispositivo de cuidado da clínica ampliada

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes da PNH-SUS que propõe qualificar a maneira de intervir na saúde das pessoas, alterar a prática de cuidado, ampliando o objeto de estudo, evitando a atenção fragmentada e as ações isoladas de cuidado. Favorece a comunicação intequipes de saúde, apostando na pluralidade de conhecimentos trazidos pelas equipes multiprofissionais, assim como, na inserção do sujeito como participante ativo no seu processo de cuidado (Cohen, 2018).

Neste contexto, a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. (Brasil, 2009, p. 12).

Portanto, ampliar o conhecimento através de núcleos distintos do saber sobre a clínica do sujeito significa um potente aparato de produção de sentidos sobre saúde e doença compartilhados para todos os envolvidos. O aprendizado multilateral é convidado a avançar por intervenções conjuntas que se movem em uma rede ativa e viva do cuidado ao outro que

necessita. A atenção psicossocial desponta quando, por exemplo, há o amparo dos CAPS nas ações de promoção e prevenção à saúde mental promovidas pelos atores das USF e, por sua vez, quando a atenção primária traz informações essenciais do contexto territorial, social e familiar do usuário, contribuindo para maior proximidade do serviço especializado de saúde mental (Garcia, 2018).

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contra referências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e saberes nos diferentes níveis assistenciais. (Brasil, 2011, p. 236).

A lógica de propor o cuidado à saúde de forma integral, onde há a necessidade da articulação constante entre diferentes pontos da rede, permite ampliar o conhecimento sob o foco pedagógico terapêutico. É neste contexto que o Matriciamento tem seu destaque. Este dispositivo foi delineado originalmente por Campos (1999) e posteriormente foi definido pelo Ministério da Saúde (2011) como um método de articulação entre as equipes de saúde, de modo a proporcionar ações mais horizontalizadas na assistência à saúde (Brasil, 2011). Especificamente o vínculo de cuidado colaborativo entre o CAPS e a atenção básica é beneficiado com esse novo modelo norteador de transformação da prática de trabalho entre as equipes.

Interessante a percepção da necessidade de afinar a aplicabilidade do dispositivo no SUS – Matriciamento - e, especificamente, na RAPS, visto que dialoga perfeitamente com as ideias oriundas da reforma antimanicomial e traz a perícia para se construir a clínica da saúde mental nos moldes psicossociais de cuidado. Acerca do dispositivo Matriciamento, também, é

relevante elucidar sobre a dimensão do apoio matricial, analisado por Cunha e Dantas (2009). O termo "apoio" desponta como caráter obrigatório às redes especializadas de saúde em sua oferta de amparo técnico para a rede primária. Os autores ainda desmembram o apoio em duas dimensões, o suporte assistencial e o suporte técnico pedagógico, sendo que a dimensão assistencial vai precisar de ação direta com os usuários, já a ação pedagógica exigirá um apoio de caráter técnico educativo com a equipe (Cunha & Dantas, 2009).

Assim sendo, refere-se Campos (2015, p. 57), o termo apoio se articula à lógica da integralidade e provoca novidade na lógica dimensão do cuidado, uma vez que, a produção da saúde precisa estar ancorada e amparada nas necessidades do sujeito, não com restrições impostas por trocas de saberes entre os atores envolvidos, mas com a ampliação de compartilhamento dos conhecimentos que são necessários para a repleta atenção ao indivíduo que necessita. O autor, ainda, posteriormente, distende esta compreensão sobre a clínica centrada no sujeito e suas demandas concretas, reposicionando o paciente na cena do cuidado, imerso nas decisões sobre si e assegurando seus interesses frente ao tratamento e ações de saúde que recebe.

2.2.1 Projeto Terapêutico Singular

De modo a acrescer à tecnologia Clínica Ampliada e a proposta transformadora de cuidado do Matriciamento, o PTS revela-se como um recurso desse processo de humanização em saúde. Trata-se de um instrumento dirigido à pessoa em situação de vulnerabilidade que irá se beneficiar através do plano de cuidado específico para suas necessidades, ressaltando a complexidade e singularidade do sujeito. Além disso, a gestão do plano de cuidado contido no PTS é descentralizado, respeitando o fazer coletivo e a democratização das relações entre

paciente, profissionais e família (Silva, 2016).

O PTS é uma estratégia que sistematiza o cuidado e que se constrói com o sujeito e a equipe de saúde um cuidado singularizado, garante a autonomia do sujeito, organiza o processo de trabalho e fortalece o trabalho interdisciplinar. Desse modo, o PTS garante a ampliação da clínica. Devido primar-se pela autonomia do sujeito e valorizar a inserção de todos os atores envolvidos nos processos de cuidado, o PTS torna-se um recurso importante para a estratégia de cuidado da ESF. (Silva, 2016, p. 5).

Interessante perceber como distintos serviços de saúde utilizam o PTS para a construção do cuidado planejado. Silva (2016), em pesquisa realizada com profissionais que utilizavam o PTS como ferramenta de cuidado, afirma o quanto o uso era importante e norteador para a prática do cuidado, além de auxiliar o planejamento das ações envolvendo todos os atores do processo. O autor também expressa que as anotações sistematizadas em um plano lógico de cuidado possibilitam intervenções mais assertivas e objetivas, além de possibilitar reavaliações e acompanhamento processual. Contudo, a pesquisa cita algumas dificuldades encontradas pelos profissionais entrevistados em confeccionar esse instrumento para todos os assistidos da unidade de saúde, pois a demanda da USF é muito elevada. Por esse motivo, os profissionais conversados citam que elegem usuários que consideram com maior risco de vulnerabilidade e reconhecidos como casos complexos e difíceis e assim constroem em equipe o PTS desses sujeitos. Os profissionais da pesquisa, avaliaram o PTS como a melhor ferramenta para intensificação do cuidado, além de possibilitar um maior envolvimento de todos da equipe frente aos desafios (Silva, 2016).

Já a aplicação do instrumento PTS em um Caps II também foi objeto de estudo de Marchesan (2016). Em sua pesquisa qualitativa, dentre outras evidências importantes, informa

sobre os fluxos do serviço. De acordo com o autor, em equipamentos onde está incluído a confecção do PTS como ferramenta inerente e indispensável, o usuário em pouco tempo de admitido no serviço é convocado, de maneira conjunta e compartilhada, a elaborar o seu plano de cuidado. Importante a concepção dos profissionais entrevistados, quando informam que a complexidade do trabalho no CAPS exige o uso de um instrumento norteador e que facilite a aproximação singularizada de técnicos do serviço, usuários e território.

Outra contribuição da pesquisa diz respeito à confecção do PTS, narrado como um processo de etapas, com momentos distintos, sendo o primeiro o Diagnóstico situacional nas necessidades, vulnerabilidades, potencialidades e contexto social; um segundo momento de definição sobre quais dimensões da vida pretende-se intervir, com ênfase na autonomia do sujeito e seus interesses nessas intervenções; um terceiro momento sobre a divisão de tarefas e responsabilidades e um quarto momento de reavaliação do PTS sempre que necessário, por meio de encontros com o usuário, reunião de equipe e discussão de casos. Outro aspecto trazido nesta pesquisa foi o questionamento despertado pelo autor sobre perceber um maior investimento no cuidado em atendimentos individuais no CAPS, em detrimento de um cuidado com maior compartilhamento dentro da equipe ou utilizando outros equipamentos da RAPS (Marchesan, 2016).

Dessa maneira, o PTS é elaborado segundo as necessidades de cada serviço, de cada paciente, importando seu modo particular de compreender a vida, construindo-se numa articulação democrática e horizontal a partir da tríade: trabalhadores/usuários/famílias. O foco é na atenção centrada no sujeito individual/coletivo, havendo corresponsabilização nos objetivos, cabendo aos profissionais o desenvolvimento de escuta qualificada, acolhimento, formação de vínculo e acompanhamento. Contudo, é preciso sinalizar, que esse ideal de

construção de PTS precisa de intervenções imediatas, pois, possuem em sua construção ainda muitas inapropriações. Ainda que o processo de democratização tenha permeado todas as políticas públicas brasileira, reverberando nas práticas de cuidado democráticas e comunitárias, segundo Paim (1996), é percebido que o processo de participação e protagonismo do usuário no seu processo de cuidado ainda é desejante. O exercício participativo no PTS, muitas vezes, esbarra no desafio constante de superar a loucura e o estigma, não tendo voz e desejos, assim, outros autores, facilmente, podem reter esse lugar (Arraes, 2012).

Conhecendo a importância do planejamento, da execução e gestão do plano de cuidado para as pessoas em sofrimento mental grave, usuários tanto da ESF e do CAPS, sabendo-se da notória necessidade de valorizar o sujeito em seu território e entendendo que a proposta da RAPS é a circulação e o compartilhamento dessas ações de forma integrada e organizada por diversos atores e saberes, nos perguntamos: existem obstáculos para a elaboração e compartilhamento do PTS de usuários em sofrimento psíquico grave do município de Camaçari-Ba entre o CAPS e a USF?

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar quais os desafios no planejamento do cuidado integrado à pessoa com sofrimento psíquico grave atendida por um equipamento estratégico da RAPS (CAPS II), em articulação e corresponsabilização com a rede da atenção primária à saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender as ações de matriciamento realizadas entre as equipes nos casos estudados;
- Identificar as dificuldades existentes para a elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular entre o CAPS II e as ESF das pessoas em sofrimento mental graves de Camaçari/BA;
- Acompanhar as intervenções no modo de construção do PTS de pessoas com sofrimento psíquico intenso, compondo a expertise dos profissionais das USF e CAPS II;
- Qualificar o processo de trabalho entre o CAPS II e as USF para planejamento de cuidado integrado a pessoa com transtorno mental grave de Camaçari/Ba.

4 MÉTODO

4.1 Metodologia da pesquisa

A pesquisa foi realizada através de uma metodologia de caráter exploratório, que

possibilita “passos” para a compreensão da importância do problema a ser estudado (Gil, 2010). A abordagem utilizada é de natureza qualitativa, pois visa a busca pela compreensão do problema investigado, emergindo no campo em que este está inserido. O pesquisador precisa entrar em contato com o fenômeno do estudo a partir das pessoas que estão diretamente envolvidas. Os pesquisados trazem em suas respostas impressões, motivações, interpretações sobre o objeto de estudo, que são difíceis de avaliar quantitativamente (Minayo, 2014). Minayo define a metodologia qualitativa como *“aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas encaradas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.”* (Minayo, 2014, p.137).

Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa é uma construção envolvente, onde o pesquisador está inserido no processo da pesquisa, se aproximando, refletindo e interpretando os “movimentos” dos pesquisados frente ao estudo. Também possibilita que o investigador qualitativo faça parte do ambiente de estudo e que vivencie as ações do espaço da pesquisa. Desse modo, torna-se acessível para o investigador o uso de elementos diversos para a constituição de dados para a investigação tais como: as narrativas, histórias de vida, observações, textos visuais, entre outras fontes de informações que despontam.

4.1.1 Desenho metodológico da Pesquisa-Intervenção e Método de Estudo de caso

A interferência coletiva obtida nos grupos focais sobre projetos planos, estratégias, impasses respeitosos e construtivos, incômodos justificáveis, sob a ótica do melhor cuidado, especialmente ressaltando a insuficiência do protagonismo da pessoa com sofrimento mental nesse processo de cuidado amplo, torna esse estudo uma pesquisa intervencionista. O

aprofundamento da discussão do grupo de participantes frente a um tema exposto movimentando os atores em busca de contribuições para mudanças práticas, abrindo caminhos de análises sob os pontos colocados pelo próprio grupo, fazendo uma “costura” social de intervenções (Aguiar, 2007).

Segundo Aguiar (2007), o sujeito que colabora na construção participativa acerca de um dado tema é um sujeito atravessado por esse conhecimento, ou seja, está inscrito nesse processo, sendo imprópria sua isenção prática de contribuição (Aguiar, 2007). O desenho proposto por essa pesquisa, portanto, está atravessado por intencionalidades que carregam a história das inquietações e desejos da pesquisadora (já expostos na Apresentação deste trabalho) e também daqueles que participaram do dispositivo de pesquisa, todos engajados na proposta de refletir e construir PTSs a partir dos coletivos forjados em torno deste desenho.

Nesse sentido, os profissionais presentes nos GF emanaram compreensão sobre a proposta e se identificaram no processo a qual foram convidados. Aliás, foram além, a partir do momento em que os profissionais participantes dos GF exerceram o poder de sujeitos ativos no processo de construção da prática do seu trabalho, se apropriando do “objeto” de discussão, criando um espaço de problematização coletiva, reverberando o pensamento crítico sobre a prática e modo de fazer cuidado em saúde. Trata-se de rever a realidade, de indagar sobre as práticas de trabalho que lhe foram apresentadas, questionar as relações sócio-institucionais frente à outra realidade vivenciada (Aguiar, 2007).

Segundo Rocha (2003), a pesquisa-intervenção, possui ação crítica e implicada, traz a possibilidade de ampliar as condições de trabalho e a construção do coletivo sob o individual, além de, possibilitar, naturalmente, a inclusão do cotidiano profissional, ou seja, o “campo de trabalho”, configurando um movimento dinâmico de construção e transformação em grupo,

intervindo no cotidiano e nas práticas funcionais dos profissionais (Rocha, 2003).

O método de Estudo de Caso, escolhido como forma de engajamento entre as equipes, é uma ferramenta didática ativa, que insere maior profundidade, detalhamento e imersão dos participantes nas conjunturas pertinentes da pesquisa, “acalorando” o momento da coleta de dados. Os casos para estudo, também chamados de método de caso, “são reconstruções de situações”. Trata-se de uma estratégia rica para a pesquisa, pois visa a construção do conhecimento sobre os fatos, possibilitando lidar com uma ampla variedade de evidências, provenientes de análise documental (Clemente Jr., 2012).

Debruçar-se sobre o campo de pesquisa utilizando o método de Estudo de caso significa demonstrar o interesse em achados reais do cotidiano singular de cada pessoa estudada. Ressaltar os “microlugares”, como Spink (2007) expressa:

os encontros e desencontros fazem recuperar a ideia da psicologia na prática social, onde mesmo os pedaços da história ainda não conectados darão sentidos à pesquisa, a partir de conectores sociais identitários. A pesquisadora, ao caminhar pelas informações apresentadas de cada caso, irá perceber que percorre diferentes horizontes e diferentes produtores sociais, podendo, dessa forma, chegar à constatação “magnífica de identidade social do sujeito”. (Spink, 2007, p. 124).

Para tanto, existe a necessidade de atender algumas características como: selecionar criteriosamente o caso, com a intenção deste ser significativo, ou seja, trazer contribuição para a pesquisa; ser atraente, coerente, com narrativa resumida e lógica sobre os fatos, levantar hipóteses e alternativas para o leitor e possuir no seu corpo evidências suficientes, apresentadas de forma concisa e analítica, permitindo que o participante exposto ao caso possa realizar suas interpretações de forma independente (Yin, 2001).

Ainda como características, o método do Estudo de Caso é um delineamento de pesquisa, que preserva o caráter singular do fenômeno pesquisado, contudo em um contexto circunscrito e investiga a realidade contemporânea dos fatos. Trata-se de um estudo profundo e que possibilita a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados (Gil, 2009).

Iniciou-se a pesquisa com a escolha dos usuários para aquisição de informações dos seus prontuários. Para tanto, a pesquisadora utilizou a análise técnica sobre construção de estudo de caso, a fim de facilitar a escolha dentre tantos usuários matriculados no CAPS II, para aqueles que representassem o perfil de gravidade em doença mental, aliado à presença no serviço e que tivessem os conteúdos dos prontuários preservados de maneira legível e coerente nas narrativas. Verificou-se informações desde o acolhimento no serviço CAPS II, como por exemplo, se o usuário foi encaminhado por alguma unidade de saúde ou acessou o serviço através de demanda espontânea; sobre a primeira entrevista realizada pelo técnico de referência, se houve ou não nesse princípio de vínculo alguma articulação com a USF pertencente ao território; além da evolução do caso clínico desse usuário, aderência, crises importantes, manejos e estratégias da equipe, a confecção do PTS e a avaliação desse projeto ao longo do tratamento, além de assistir sobre possíveis comunicações, intervenções, pactuações, compartilhamento de cuidado extra CAPS; dentre outras informações sobre o sujeito em sua trajetória de cuidado.

Posteriormente, estes dados coletados nos prontuários tiveram a intenção de nortear a pesquisadora, ou seja, sustentaram a realidade singular de cada pessoa estudada para confecção dos relatos de caso.

Dessa maneira, seguiu-se para a realização das narrativas sobre a história desses sujeitos. Esses relatos, também foram confeccionados pela pesquisadora, atenta à fidelidade

das informações, sincronia dos fatos, linguagem simples e direta, pensando no melhor entendimento possível pelos pesquisados no momento do Estudo de Caso.

4.1.2. Procedimentos metodológicos

Foi realizada, preliminarmente, uma revisão bibliográfica sobre os temas: RAPS, CAPS, USFs, Clínica Ampliada, Matriciamento e PTS, utilizando como recursos: artigos científicos, livros e manuais entre os anos de 2004 -2021. Como procedimento de seleção de participantes e dados relevantes à investigação, foi realizada leitura de prontuários dos usuários matriculados no CAPS II. Os impressos contidos nesses prontuários são: evoluções multiprofissionais, entrevistas realizadas com familiares e usuários, dados socioeconômicos e sociodemográficos, por vezes, relatórios, exames clínicos e imagens, de outras unidades de saúde e projetos terapêuticos singulares (Anexo 1) realizados pela equipe e/ou técnico de referência do CAPS II. Posteriormente, foram selecionados pela pesquisadora três prontuários (levando em consideração a história do usuário, vulnerabilidades, coerência contextual, aspectos importantes e enriquecedores para a pesquisa). Após essa seleção, a pesquisadora optou em obter mais informações desses usuários na perspectiva de cuidados prestados pelas USFs. Para tanto, obtive acesso também aos prontuários dessas pessoas nesses serviços. Estes prontuários se caracterizam como fonte documental para construção dos textos para cada estudo de caso.

A análise dos prontuários no CAPSII e nas USFs foi possível mediante a prévia autorização dos usuários e/ou responsáveis legais, tanto para o acesso como também para a discussão coletiva interprofissional. A permissão foi realizada através da assinatura do termo

de assentimento e consentimento livre esclarecido (TALE e TCLE) (Apêndices 1 e 2).

Após a fase da coleta de informações documental e a confecção dos relatos de caso pela pesquisadora, foi realizada visita a estas unidades no momento da reunião semanal de equipe, a fim de expor a pesquisa à Gerente de cada unidade e ao grupo de trabalhadores das USFs. Posteriormente, foi realizado o convite formal e assinatura do TCLE (Apêndices 3) para a participação em um Grupo Focal, formado pelos técnicos envolvidos na prestação de cuidado de cada paciente, para o Estudo de Caso coletivo. O convite aos profissionais do CAPS II foi realizado de forma ampla em reunião de equipe registrada em ata do serviço (Anexo 2) e posteriormente individualmente para os técnicos diretamente relacionados com cada caso a ser estudado. A estes participantes foi solicitada a assinatura do TCLE (Apêndices 3).

Durante o período de coleta de dados dos três estudos de casos, despontou um quarto caso para estudo coletivo, que não seguiu o percurso mencionado anteriormente pela autora. O relato desse caso foi confeccionado pelos profissionais da USF e o usuário envolvido ainda não estava matriculado no CAPS II. Contudo, acreditando na potência desse acontecimento e considerando a metodologia da pesquisa oportuna para tal evento, a pesquisadora que também é gerente do CAPS II, resolveu conhecer a usuária previamente, através de visita domiciliar conjunta com profissionais da USF envolvida, realizou escuta dessa pessoa, que apresentava intenso sofrimento mental e realizou o convite para ir ao CAPS II, seguindo o fluxo de admissão e cuidados necessários. Posteriormente, a pesquisadora obteve a autorização do usuário tanto para o acesso às informações contidas nos prontuários dos serviços, como também para a discussão coletiva interprofissional. A permissão foi realizada através da assinatura do termo de assentimento e consentimento livre esclarecido (TALE e TCLE) (Apêndices 1 e 2).

O estudo de caso, portanto, é o método que dispara o processo dessa pesquisa, e tem o

intuito de aproximar os participantes em volta da história real dos usuários. Estes participantes da pesquisa estarão compondo o grupo focal.

Grupos Focais são compostos por pessoas entrevistadas na qual a interação configura-se como parte integrante do método. No processo, os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas à questão sob investigação. (Backes, 2011, p. 440).

Objetiva-se reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo), a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviço (Minayo, 2014).

Promover o debate sobre um tema social de interesse do coletivo é uma das funções do Grupo Focal (GF). Pode ser utilizado para aprofundar as questões narradas, fomentar discussões com potencial crítico político com negociação de sentidos, permitindo deslocamentos sensíveis sobre o tema proposto (Spink, 2003). A problematização do assunto exposto no GF permite aos participantes expressar seus sentimentos, experiências, crenças, atitudes contrárias ao exposto por outro participante, por exemplo, de forma respeitosa, o envolvimento de todos presentes e a diversidade de colocações sobre o fenômeno exposto também fará sentido para a pesquisa (Backes, 2011).

A escolha da pesquisadora pelo uso do GF não foi por acaso. Acreditamos que não faria sentido compreender o fenômeno da pesquisa sem trazer de forma vivida e intrínseca questões psicossociais dos participantes envolvidos. A produção do conhecimento e os *insights* fluem no decorrer do evento, dada a potencialidade de construção de significações. Portanto, utilizar

este instrumento é iniciar o processo de entendimento das possibilidades diante da realidade cotidiana dos participantes, além da socialização dos pesquisados, as trocas de informações, a vivência única sobre o aprofundamento da temática proposta.

Faz todo o sentido para esta pesquisa coletar dados utilizando uma proposta compreensivista e construcionista, como o GF, pois se preocupa principalmente em explicar os processos pelos quais são vividos por pessoas reais, estas que descrevem, explicam e vão dando conta do lugar que ocupam. Trabalho de autorreflexão e interações sociais fértil. Para o pesquisador, é a construção da realidade que busca conhecer (Smeha, 2009).

Considerando a dinamicidade e circularidade da metodologia de grupos focais, foi realizado um grupo focal para cada caso. A proposta foi analisar os desafios no planejamento do cuidado integrado à pessoa com sofrimento psíquico intenso, assim como, identificar as dificuldades existentes para a elaboração conjunta do PTS entre dois serviços da RAPS, acompanhar as intervenções ocorridas no modo da construção do PTS de pessoas com sofrimento psíquico intenso, compondo a expertise dos profissionais das USFs e CAPS II e qualificar o processo de trabalho entre estes, pressupondo considerar as concepções que estes pesquisados possuem de suas próprias práticas de trabalho, frente a um caso real, circunscrito de atravessamentos diversos e singulares.

O primeiro grupo focal (Grupo Focal 1) foi realizado no dia 08 de fevereiro de 2023 de 13:20 às 16:35, reunido em espaço da própria USF pertencente ao caso escolhido, com a participação de três profissionais lotados nessa unidade e três profissionais lotados no CAPS II, com distintas categorias profissionais. A apresentação entre os participantes seguiu-se pelo movimento de um dos pesquisados, mostrou que nem todos se conheciam, a mediadora do

grupo fez abertura para as apresentações, realizou informes sobre a pesquisa, leitura dos termos de consentimento livre e esclarecido e iniciou a gravação.

Seguiu-se com a leitura do primeiro caso clínico da pesquisa. Foi suprimido o nome da usuária, adicionando, para melhor organização da pesquisa, outra identificação: VIDA 1. O Grupo focal 1 foi composto pelas seguintes ocupações profissionais: enfermeira, educadora física, agente comunitária de saúde, médico clínico, assistente social e psicóloga. Desses, apenas uma pessoa não conhecia o usuário descrito.

A proatividade desse grupo de pesquisa foi a característica principal percebida, visto que a todo o momento eram acrescentadas informações sobre o caso, tornando-o mais complexo e interessante. Além de agregar informações importantes para análise da pesquisa, o grupo propôs a realização do PTS, logo naquele momento, dessa forma, através de papel metro, foram se desenhando as dimensões da vida fragilizadas de VIDA 1, as ações pensadas, os atores envolvidos e prazo de execução. Nesse modo, percebemos que o grupo focal também se constitui como um método de pesquisa-intervenção, uma vez que produziu os efeitos de ampliação de dialogicidade entre os participantes, articulação da rede e pactuação coletiva, efeitos estes que faziam parte dos pressupostos teóricos, técnicos e políticos que estão envolvidos na implicação da pesquisadora com o campo da pesquisa.

O segundo grupo focal (grupo focal 2) envolveu a participação de oito profissionais lotados na USF e três profissionais lotados no CAPS II, aconteceu na USF de origem de VIDA 2, no dia 7 de março de 2023 das 13:42 às 16:10. O grupo se debruçou no caso trazido pela mediadora, também houve acréscimos de informações, mais atuais no caso, o que propiciou um melhor movimento para a história. A mediadora incentivou os envolvidos sobre elencar as principais necessidades do caso e, posteriormente, a construção de estratégias e ações para cada

nó crítico. Para tanto, foi construído pelo grupo um painel contendo as dificuldades trazidas pelo usuário (baseado no caso clínico) e as possibilidades de estratégias a serem realizadas pela equipe.

Chamou a atenção da mediadora a quantidade de profissionais da USF envolvidos no caso, totalizando, com os profissionais do CAPS II, um GF de onze participantes, todos ativos no processo de cuidado. Sendo, que outros profissionais participantes do cuidado de Vida 2, como a médica psiquiatra do CAPS II, não pôde estar presente nesse encontro. Esse grupo foi o que mais apresentou diferentes profissões como: farmacêutico, nutricionista e dentista. Assim como os demais grupos, foi praticado o momento das apresentações, seguido da leitura do caso clínico. Novas informações e contribuições foram sendo agregadas ao caso. A mediadora propôs a construção sistematizada do PTS e todos colaboraram com a atividade, as articulações para o caso iniciaram naquele mesmo instante, inclusive com data para próximos encontros e envolvimento de outros atores de cuidado, como a médica psiquiatra do CAPS II e o próprio usuário.

Foram realizados a construção de quatro casos clínicos, assim como foram realizados quatro grupos focais sobre quatro pessoas com transtorno mental grave matriculados no CAPS II e na USF. Contudo, devido às limitações de tempo para uma análise tão aprofundada, escolhemos nos debruçar mais intimamente sobre os dois primeiros casos. Acredito que todo o material contido nos casos subsequentes são de tamanha riqueza que mereçam, posteriormente, um novo empenho.

Todos os encontros ocorreram no horário de trabalho dos servidores, com agendamento prévio, a fim de não ser inconveniente para a rotina do serviço e também não haver interrupções no momento do grupo. Todos os quatro GF foram realizados em salas adequadas, no sentido

de isolamento acústico e garantia de privacidade, refrigerada, sanitários, cadeiras e mesas confortáveis para todos os participantes. A fim de garantir o conforto e bem-estar dos profissionais envolvidos, foi ofertado pela pesquisadora, no termino do encontro, coffee break, além de água à disposição. Precedendo o encontro, a facilitadora do grupo focal assegurou aos participantes que todas as informações concedidas no espaço do grupo não poderão ser compartilhadas em outro lugar e/ou com outras pessoas distintas aos participantes presentes neste grupo focal, firmando, portanto conjuntamente, com os envolvidos da pesquisa um acordo ético essencial para continuidade do estudo. O investigador utilizou perguntas como estratégias disparadoras das discussões, a fim de promover e canalizar para o tema central da pesquisa. Os encontros foram gravados com todas as informações contidas previamente solicitadas e consentidas, como também, registradas por escrito pelo pesquisador.

Contou-se com a colaboração de quatro usuários a partir de seus consentimentos para análise de seus prontuários (sem participação ativa na pesquisa) e o total de vinte e três profissionais da saúde, lotados entre diferentes USFs e CAPS II do distrito sanitário da Costa localizado no município de Camaçari-Ba, com diferentes categorias profissionais e distintos vínculos empregatícios do distrito sanitário da Costa localizado no município de Camaçari-Ba, para participação em grupo focal. Estes trabalhadores possuem diferentes tempos de serviço na prefeitura municipal, dessemelhante faixa etária e são de ambos os sexos.

Participantes da pesquisa

Quadro 1: Perfil dos participantes (Profissionais)

Participantes	Profissão/Ocupação	Sexo	Tempo de serviço na unidade	Idade
1	Agente Comunitário de Saúde	Feminino	12 anos	53 anos

2	Agente Saúde Comunitário de	Feminino	8 anos	48 anos
3	Agente Saúde Comunitário de	Feminino	7 anos	45 anos
4	Assistente Social	Feminino	11 anos	42 anos
5	Assistente Social	Feminino	9 anos	39 anos
6	Dentista	Feminino	3 anos	43 anos
7	Educadora Física	Feminino	5 anos	59 anos
8	Enfermeira	Feminino	10 anos	67 anos
9	Enfermeira	Feminino	9 anos e 3 meses	37 anos
10	Enfermeira	Feminino	6 anos	36 anos
11	Farmacêutica	Feminino	4 anos e 1mês	38 anos
12	Gerente da USF	Feminino	8 anos	42 anos
13	Médico	Masculino	12 anos	47 anos
14	Médico	Masculino	9 anos	49 anos
15	Nutricionista	Feminino	16 anos	51 anos
16	Psicóloga	Feminino	10 anos	47 anos
17	Técnico de Enfermagem	Masculino	9 anos e 3 meses.	40 anos

A maioria dos participantes dos grupos focais foram compostos de mulheres, o que representa 82% dos profissionais de saúde desta amostra. Falar sobre a questão de gênero no cuidado à saúde pode trazer a questão sobre a conquista feminina no protagonismo da ciência, culminando na desconstrução do androcentrismo científico, rompendo com a cultura patriarcal. Mas, também, outra hipótese pode servir, a feminilidade na relação de gênero atribui a predisposição do feminino com a arte do cuidar, ao mesmo tempo, o masculino tem o estereótipo social da resistência e da maior responsabilidade econômica. Na saúde, ainda é possível perceber a desigualdade nas funções e atribuições dentro da mesma equipe, essa denúncia está relacionada a ações que exigem tomadas de decisões ou certo nível de liderança

em um grupo. Pontua que na amostra de participantes dos GFs, os profissionais médicos eram do sexo masculino (Costa, 2016).

Mesmo com o avanço da lógica do trabalho em saúde em Clínica Ampliada, o que garante uma maior notoriedade da equipe multiprofissional, nota-se que o profissional médico, muitas vezes, se distancia do grupo, cultivando ainda um lugar privilegiado nas relações de poder. Acaba centralizando, regularmente, as decisões do cuidado, fortalecendo a relação do biopoder institucional (Costa, 2016).

Apona, nessa análise que os dois profissionais da medicina, participantes da pesquisa, são do sexo masculino, confirmando o peso hegemônico da medicina “masculina”. Assim, a seletividade sexual, assentada em valores ideológicos e culturais ainda estão presentes na sociedade (Lopes, 2005).

A pesquisa foi contemplada com a presença de várias categorias profissionais, totalizando nove profissões com atuação na saúde, proporcionando uma ótica interdisciplinar rica sobre as temáticas propostas nos GFs. Gastão Wagner Campos (2000), ao discorrer sobre o método Padéia, afirma que existe uma grandiosidade em trabalhar com grupo composto por pessoas com profissões distintas, considerando este um recurso interessante e luxuoso em todo processo de cuidado, pois são revelados os diferentes saberes, conhecimentos e valores, entrelaçados no contexto concreto da saúde. O método Padéia, dentre muitos outros elementos textuais, aborda o poder das diferentes classes profissionais na gestão e política em saúde, criando espaços onde estas diferenças, além de virem à tona, possam ser objeto de compromissos e de contratos entre os atores sociais envolvidos (Campos, 2000).

Sobre a faixa etária dos profissionais, encontramos uma média de 46 anos, o que tendencia a uma maturidade profissional e um maior nível de conhecimento das ações

exercidas, além dos vínculos formados entre a equipe, usuário e território. A percepção dessa mestrandia foi muito positiva sobre todos os participantes, um grau interessante de compromisso e motivação em prol de inovações ou atualidades para a saúde da comunidade.

O tempo de serviço nas unidades de saúde foi em média de 8,7 anos entre os participantes da pesquisa. Esse período de trabalho no mesmo local, pode, de algum modo, interferir positivamente nos cuidados técnicos e no relacionamento entre profissionais e usuários, a partir do que chamamos de vínculo. Além, de proporcionar maior interação com os demais membros da equipe e por consequência maior qualidade na assistência prestada (Santiago, 2013).

Preciso ser honesta com os leitores sobre a ausência do quesito raça/cor no perfil dos participantes, o que considero uma falha importante na minha análise.

4.2. Critérios de Inclusão

Foram escolhidos quatro prontuários a partir do critério de terem matrículas ativas realizadas no CAPS II em no máximo dois anos, a fim de obter informações e articulações recentes.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais que atuam no CAPS II e aqueles das USF pertencentes à localidade territorial, na qual foi realizado o relato de caso dos usuários selecionados. Todos os profissionais pesquisados possuem mais de 2 anos exercendo a função no serviço de saúde.

4.2.1 Critérios de Exclusão

Seriam excluídos da discussão os casos clínicos cujo pacientes solicitassem por qualquer motivo e em qualquer momento a suspensão do estudo do seu prontuário. Assim

comoseriam retirados da pesquisa os profissionais que solicitassem o afastamento da pesquisa por qualquer motivo. Até o presente momento, não houve desistência da parte de nenhum participante.

4.3 Aspectos éticos

A pesquisa nasce previamente deliberada pelo Distrito Sanitário da Costa do Município de Camaçari-Ba, por trazer o objeto de estudo tema de interesse dessa gestão (Carta de Anuência da Prefeitura de Camaçari ANEXO 3). Além do que, como atual gerente da unidade, percebo benefícios marcantes para todo o grupo de profissionais do CAPS II e também das USFs. Identicamente, destaco o interesse e concordância pela equipe do CAPS II, uma vez que a pesquisa tem o potencial de contribuir para o processo de trabalho, tendo sido discutida e aprovada em reunião de equipe (cópia da ata em anexo). Os aspectos éticos foram observados por meio da Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que determinam as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). Em seguida, com a anuência do referido CEP CAAE 61099022.3.0000.5544, as coletas foram iniciadas.

4.4. Riscos e Benefícios

Para os usuários ou familiares que concordaram em oferecer seus prontuários para análise, foi realizada a identificação desses pelos participantes dos grupos. Contudo, importante salientar que todos os participantes dos grupos são profissionais de saúde que trabalham junto a esses usuários em suas unidades. No sentido de preservação do sigilo dos usuários, foi firmado

ao início dos encontros um acordo ético para que as informações discutidas no grupo a partir de seus prontuários fossem tratadas como respeito ao sigilo às informações pessoais e de saúde, como já afirmado em seus códigos de ética profissional, de modo a mitigar este risco.

Durante a realização dos grupos focais, não houve desacordos que gerassem mobilização do grupo, ou mesmo, falas de carácter desrespeitosas, que de algum modo, pudessem caluniar ou desacreditar algum participante. O manejo de todos grupos ocorreu de maneira acolhedora com todos os posicionamentos e falas respeitadas, no contexto de troca de saberes e benevolência.

Acredita-se na potência do encontro com os profissionais envolvidos, uma vez que existe a perspectiva de avanço na qualidade dos cuidados prestados aos usuários, o despertar sobre as possibilidades de estratégias com a valorização dos territórios, podendo trazer reflexões importantes sobre a importância do planejamento do cuidado ao portador de transtorno mental. Espera-se criar uma atmosfera de reflexão e corresponsabilização sobre o processo de trabalho atual, as necessidades de avanços, as novas pactuações de cuidado integrado e uma melhor qualificação na comunicação entre os componentes da RAPS.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados tanto para a qualificação do processo de trabalho da RAPS do município de Camaçari-Ba, como representa um espaço de valorização do saber dos profissionais presentes, no momento em que são atores ativos na construção da prática do trabalho. Constitui também um momento de interação importante interprofissionais e acolhimento mútuo entre todos os participantes. Almeja-se nestes encontros o fortalecimento de vínculos entre os participantes, o compartilhamento das singularidades de atividades e ações de cada serviço, estimular o pensamento crítico sobre a saúde pública brasileira e a nossa responsabilidade.

A mestranda e proponente da investigação constitui-se como gestora do CAPS II, ocupando o cargo de Gerente, possui bom relacionamento com os profissionais do serviço, vínculo estabelecido pela via da segurança, respeito e confiança profissional. A pesquisadora, logo que elucidou o tema de pesquisa, comunicou à sua equipe e posteriormente apresentou em reunião os objetivos do seu estudo e o método de pesquisa que considerava ser viável para o conhecimento esperado. Tão logo foi estimulada pelos profissionais do serviço no desenvolvimento dessa trajetória, fortalecendo assim a ideia de ser a mesma a facilitadora dos Grupos Focais. No momento do convite individual aos técnicos, atuantes nos casos selecionados, a pesquisadora foi correspondida de maneira entusiasmada, não obtendo nenhum aspecto negativo em ser a mediadora dos encontros em grupo, ao contrário, os convidados mostraram-se interessados em contribuir com a pesquisa da colega.

Em relação ao convite realizado aos profissionais das USFs, não foi diferente, pois a pesquisadora já possui vínculo estabelecido com as gerentes das unidades pesquisadas, visto os encontros mensais em reuniões do Distrito Sanitário da Costa, assim como em cursos de formação, eventos e reuniões promovidas pelo município.

Pelo exposto na apresentação deste trabalho, a pesquisadora sentiu-se de igual maneira confiante na condução dos grupos focais realizados. Realizou no início de todos os grupos focais a releitura do TCLE assinado pelos participantes, destacando que a partir daquele momento iniciaria a gravação em vídeo e áudio e anotações sobre as falas e ações de todos os presentes. Foi enfatizado que apenas as pesquisadoras terão acesso a esses registros (que estarão guardados em seus computadores pessoais por 5 anos e depois destruídos); os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em congressos e revistas científicas e os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes. Também foi mencionado

sobre a participação ser voluntária e sobre o fato de que não haveria custos materiais ou financeiros aos participantes, bem como, não haveria remuneração pela participação. Mencionado também sobre a plena liberdade de participação na pesquisa, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa, sem ter de justificar sua desistência e sem sofrer quaisquer tipos de coação ou penalidade. Em caso de danos provenientes comprovadamente da pesquisa, a pessoa poderiabuscar indenização.

4.5 Análise dos dados

As informações obtidas através dos grupos focais passaram por transcrições que seguidamente foram ponderadas através da técnica de Análise da Produção de Sentidos no Cotidiano. Trata-se da prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentido é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas, considerando as dimensões de tempo, linguagem, pessoas (Spink, 2013).

5 RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

O estudo discutirá como foi realizado o cuidado de usuários no contexto da clínica ampliada, a partir das discussões coletivas dos casos clínicos de pessoas em sofrimento psíquico

grave do município de Camaçari. Através dos grupos focais, com a participação dos profissionais das USFs e CAPS II envolvidos nos casos, serão aqui analisadas as articulações desempenhadas entre as equipes, as ações que seriam importantes, mas que não foram pensadas naquele momento, os desafios encontrados frente à clínica da saúde mental, os percalços trazidos pelos profissionais em sua rotina de trabalho, a experiência sobre o exercício de realizar em equipe o PTS do usuário e a importância da participação do sujeito ativo no seu processo de cuidado. Além do referido, desperta, por intermédio dos participantes dos grupos focais, dois conteúdos importantes (trata-se de ferramentas de trabalho com tecnologia leve, factível e viável para refinar a comunicação, articulação e compartilhamento de planejamentos terapêuticos) para serem elaborados como produto do mestrado profissional. Dessa forma, esta dissertação irá apresentar quatro resultados a conhecer:

- 1) Análise e discussão dos casos apresentados;
- 2) Produto 1- Grupo de trabalho permanente utilizando como metodologia oficinas entre os profissionais do CAPS II e USFs do DS Costa para construção de PTS;
- 3) Produto 2- A confecção de planilha compartilhada, realizada através do Microsoft Excel Personal e disponibilizada através da plataforma Google Drive/Planilhas vinculado ao Gmail, entre o CAPS II e as USFs do DS Costa, com intuito de haver compartilhamento das necessidades de cada caso, ações de intervenções e acompanhamento dos PTS realizados entre os serviços;
- 4) Artigo científico - revisão de literatura sob título: “*Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e suas Contribuições para o CAPS: Revisão Integrativa*”.

5.1 Análise dos casos

O estudo evidencia dois casos de usuários matriculados no CAPS II. Os nomes foram suprimidos e adicionados pela palavra VIDA seguida de numeração de 1 e 2 por ordem de apresentação.

5.1.1 História do Cuidado

Estes são os cinco marcos, aqui tomados como categorias analíticas: 1) Encontro/Acolhimento; 2) Diagnóstico Situacional das necessidades e vulnerabilidades; 3) Articulação/ Matriciamento; 4) Construção de PTS e 5) Desafios do Caso. As cinco categorias visam retratar o percurso realizado da pessoa em sofrimento mental grave desde o princípio; onde recebeu o acolhimento dos serviços de saúde CAPS II e USF; como ocorreu o encontro dessa pessoa com cada profissional/pesquisado envolvido no processo de cuidado; sobre a construção do PTS nesses serviços; as articulações e ações de matriciamento realizadas e os desafios encontrados por esses profissionais no manejo do caso. A identificação das falas em cada grupo focal será diferenciada utilizando o marcador: profissional seguido de letra alfabética.

5.1.2 Vida 1

Segue-se o caso de VIDA 1: possui 55 anos, sexo feminino, negra, não alfabetizada, sem fonte de renda, genitora de duas filhas maiores de idade, reside na casa da irmã há dezesseis anos (estrutura simples, com apenas 3 cômodos, sem reboco, contudo com boa condição de

higiene). Habita com duas irmãs e duas sobrinhas, sendo a única fonte de renda familiar proveniente do salário como empregada doméstica dessa irmã, proprietária da residência em Abrantes no município de Camaçari-BA.

Nasceu na zona rural deste município, onde morou com os genitores até seus 16 anos de vida, na qual ajudava nas atividades da roça. Aos 21 anos, quando residia com companheiro, genitor de sua primeira filha, apresentou o primeiro episódio de surto psicótico, rasgou as roupas que usava e saiu correndo. No discurso dizia que algo queimava no seu corpo. Daí em diante, foi internada em hospitais psiquiátricos por diversas vezes (aproximadamente quinze internações longas).

Por volta de dezoito anos atrás, após uma crise psicótica, fugiu de casa e permaneceu por dez meses em situação de rua, onde engravidou, vítima de abuso sexual, de sua segunda filha. Nessa situação, a criança foi encaminhada para adoção sem o seu consentimento. Vida 1 foi admitida no CAPS II no ano de 2007, com sintomas de alucinação auditiva – ela ouvia vozes, mas dizia não entender os comandos. Por vezes, apresentava comportamento agressivo e discurso delirante, trazendo como característica intrínseca o uso de roupas extravagantes, penteados exóticos e uso de muitos adereços, além de comportamento bastante infantilizado.

Possui vínculos no território que vive, consegue vir sozinha até o CAPS II para fazer uso das medicações injetáveis a cada 15 dias e participar eventualmente da oficina de artes. Há mais ou menos 1 ano, a usuária vem perdendo peso e massa muscular (possui 49 kg), sendo muitas vezes discutido entre a equipe de enfermagem e a médica psiquiátrica no CAPS II sobre a manutenção ou não da Administração Intramuscular da medicação Haldol Decanoato, considerando o sítio da região glútea apresentando injúria tecidual.

Uma das hipóteses sobre a perda de peso está sobre o fato de a mesma não se alimentar adequadamente. Relata que os horários são irregulares e que se alimenta de macarrão instantâneo e refrigerante – alega que ninguém deixa almoço para ela e que a falta de dentição prejudica a mastigação dos alimentos (possui apenas 4 dentes danificados, sem uso de prótese). Queixa-se também de constipação frequente, tosse produtiva, fraqueza, dores nos membros inferiores e insônia, teve passado de Tuberculose (tratada), há +/- 12 anos, apresenta sintomas de tosse produtiva.

Diante dos sintomas clínicos de saúde, foi articulado em novembro de 2021, pela técnica de referência do CAPS II, o atendimento com o médico clínico da Unidade de saúde da família do território. Na consulta o profissional solicitou exames de laboratório e imagem, o CAPS II articulou com a central de regulação e com a unidade Multicentro de Saúde para a realização dos exames, além de organizar o deslocamento e o acompanhamento da usuária, que não dispõe desse cuidado familiar.

Após a realização dos exames, não constam informações em prontuário do CAPS II e também da USF responsável pelo cuidado sobre os resultados, achados clínicos, qualquer retorno ao médico clínico ou intervenções nas questões clínicas apresentadas. Além do déficit nutricional, Vida 1 também é tabagista e etilista, o que pode também contribuir para a perda de peso.

Há um ano, após discussão do caso em equipe multiprofissional no CAPS II, os técnicos de saúde mental se revezaram para garantir as refeições da usuária diariamente, através das visitas diárias e a entrega dos alimentos. Tal estratégia resultou no discreto aumento no peso que variou entre 52 kg e 53 kg de peso corpóreo (a ação foi descontinuada este ano 2023, sem mencionar os motivos). Também foi incluída no Projeto Terapêutico Singular a articulação

com o Centro de Referência de Ação Social (CRAS) para auxílio de cesta básica, passando a receber de 3 em 3 meses.

Há aproximadamente seis meses, Vida 1 foi encontrada caminhando na pista principal de Abrantes, se colocando em risco entre os carros em movimento. Posteriormente ao evento, mencionou no CAPS II que queria passear. A usuária possui o Diagnóstico CID10 F20- Esquizofrenia, faz uso de três Ampolas de Haldol Decanoato a cada 15 dias e Clonazepam Gotas. Possui como construção de PTS no prontuário do CAPS II, atualizado em 2021: visitas domiciliares mensalmente, acompanhamento psiquiátrico sistemático, uso de medicações psiquiátricas regulares, inserção na oficina de artes no CAPS II, acompanhamento da equipe de enfermagem e escuta familiar periódica. O prontuário da usuária na USF do seu território encontra-se ativo, contudo não constam informações descritas, o profissional médico que a atendeu informou verbalmente sobre a consulta que realizou e que a evolução médica realizada foi perdida, após atualização do sistema E-SUS.

1. O ENCONTRO/ Acolhimento a pessoa com sofrimento mental

Pergunta disparadora: *“Vocês recordam como foi o primeiro contato com VIDA 1?”*

O profissional **A** respirou fundo, voltou ao relato do caso, tentando construir a memória sobre este momento, e em seguida, diz que lembra do dia que VIDA 1 esteve na USF acompanhada da técnica do CAPS II, que estava em um dia de muitos atendimentos, com a unidade

“cheia”. Relata que olhou para aquela mulher e pensou: *“Será que vou conseguir atender?”*.

Profissional A: *“Ela era magrinha, com o físico bem deteriorado, pessoa consumida e tinha discurso carente. Foi se aproximando, aquele dia estava um caos de gente, eu pensei: usuária de saúde mental... será que consigo atender hoje? Perguntei à colega do Caps se ela era agressiva.”*

O profissional **B** ao lado de **A** demonstra expressão de dúvidas sobre a questão de poder ou não atender a usuária e pergunta a **A**: *“Estava com medo?”*

Profissional A: *“Veja bem, eu não conhecia ela, tenho 12 anos nessa unidade e ela nunca veio aqui, com transtorno mental e a unidade cheia. Porque, para esses pacientes é preciso um preparo diferente, um tempo maior, não sabemos o que pode acontecer...”*

A narrativa de **A** pressupõe alguns pontos para reflexão. Primeiro vamos refletir sobre o fato da usuária residir há 16 anos nesse território de saúde e o profissional da equipe de referência, que trabalha na USF há 12 anos, ainda não ter conhecido esta pessoa com sofrimento mental grave.

Preliminarmente, as USFs são responsáveis pelo mapeamento territorial e a realização do cadastro familiar junto ao Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). Nessa ficha de cadastramento, existe um espaço específico para que o informante declare as doenças referidas na sua família (espaço específico para as doenças mentais), saneamento básico e moradia, sendo que a composição desses dados iniciais dará o aporte para as tomadas de decisão da equipe frente às ações de saúde necessárias (Brasil, 2022). Mas o que teria ocorrido afinal para justificar a invisibilidade de VIDA 1 nessa USF? Não se trata de

culpabilizar os atores de saúde, mas a busca de informação sobre o cuidado junto às pessoas com maiores vulnerabilidades no território de saúde, vínculos e ações de cuidado precoce.

O retardado encontro entre VIDA 1 e o profissional **A**, enfim, ocorreu de maneira inesperada, unidade repleta de atendimentos, o profissional naquele momento questionou a si mesmo: *“Será que consigo atender hoje?”*. Seguido da pergunta se ela era agressiva. A profissional **B** inclusive provoca um pouco mais **A** no convite sobre detalhar mais a intenção da pergunta.

Profissional **B**: *“Por que você perguntou se ela é agressiva?”*

Profissional **A** acrescenta a sua narrativa anterior: *“Porque muitos pacientes que possuem transtorno mental demonstram serem agressivos, não que eu não atenda paciente de transtorno mental, mas é um atendimento difícil, requer tempo e paciência, a unidade estava cheia quando ela chegou. Mas ela era tranquila, consegui atender”*.

A narrativa acima demonstra, dentre outras coisas, que o profissional **A** considera que, para o atendimento de usuários que apresentam transtornos mentais, é necessário maior tempo disponível, sendo este mais complexo. Neste ponto, é necessário ponderar duas questões importantes: ter a clareza que a pessoa com sofrimento mental grave é, sim, uma pessoa que apresenta maior complexidade em sua relação com a produção de saúde, maior vulnerabilidade e pode precisar de maior atenção do profissional e da equipe. Contudo, não se deve perder de vista a naturalidade do fato que é uma pessoa procurando atendimento de saúde na USF. O Caderno de Atenção Básica sobre saúde mental, implementado no ano de 2013, enfatiza que a saúde mental não está dissociada da saúde geral.

Ao atentar para ações de saúde mental que possam ser realizadas no próprio contexto do território das equipes, pretendemos chamar a atenção para o fato

de que a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de Saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde. (Brasil, 2013, p 87).

Ainda sobre o primeiro encontro de **A** com VIDA 1, o profissional aponta para uma conexão direta e imediata do pensamento discriminatório (transtorno mental e agressividade). Essa relação realizada é frequente na sociedade; trata-se do estigma carregado pela pessoa com sofrimento psíquico.

Estigma é forma de construção social para indicar a marca distintiva de desgraça social. Trata-se da diferenciação negativa relacionada a alguns membros da sociedade que são afetados por alguma condição ou estado particular, envolvendo dois componentes fundamentais: o reconhecimento da "marca" que diferencia e a subsequente desvalorização daquele que a porta. Acarreta atitude preconceituosa e práticas discriminatórias (Houaiss, 2009, p. 106).

A pessoa que sofre por transtorno mental, muitas vezes, demonstra sinais visíveis da sua condição, através dos sintomas de como seu sofrimento se expressa, ou mesmo por efeito colateral das medicações em uso, apresentando diferenças. Dessa forma, são vistos no meio social como imprevisíveis, incuráveis, perigosos, fracos, bobos, preguiçosos e ameaçadores. O estigma conduz à discriminação negativa do indivíduo identificado a partir de um rótulo diagnóstico de transtorno mental e, conseqüentemente, a prejuízos e desvantagens para o acolhimento a esta pessoa em diversos âmbitos da vida social, incluindo os serviços de saúde,

dificultando, muitas vezes, o real acolhimento e a acessibilidade dessa pessoa nos locais que ofertam cuidado (Rocha, 2015).

Avante sobre o primeiro contato dos participantes com VIDA 1, segue o profissional C, informando que também não conhecia a usuária.

Profissional C: *“Também não conhecia VIDA 1, acho que só a ACS, mas nunca veio aqui na unidade”.*

O fato sobre o “desconhecimento” da usuária chama a atenção. Importante recordar que a ESF se consolidou, a partir dos anos 2000, como a principal política de APS no país, fortemente ancorada em contribuições para a saúde pública brasileira (Malta, 2016). No entanto, VIDA 1, infelizmente, por algum tempo, encontrou dificuldade de acesso aos cuidados com a sua saúde de forma integral. Os motivos desse acontecimento não irão ser descobertos, fidedignamente, nessa pesquisa, mas a fala da profissional C trouxe uma hipótese:

Profissional C: *“Essa unidade é um pouco de tudo! Emergência, ambulatório, etc... Não conseguimos parar para planejar de forma adequada promoção e prevenção de saúde, não conseguimos conhecer todos os usuários cobertos na equipe, temos que cumprir meta de procedimentos e o território fica de fato abandonado, porque tudo é aqui dentro!”*

As falas acima denunciam um processo de trabalho fragmentado, onde o TR assume sozinho o cuidado da pessoa com sofrimento mental. Dessa forma, o próprio profissional não é acolhido nos casos desafiadores.

O processo de trabalho em CAPS deve possuir um fluxo organizado e direcionamentos dos papéis para os profissionais da equipe, além da discussão coletiva de casos em reuniões de equipe, especialmente os casos mais complexos, que demandem cuidados interprofissionais,

como acontece em geral a partir das demandas em saúde mental. Contudo, traz consigo, também, o risco de fragmentação do trabalho, impondo assim a necessidade de integração verdadeiramente interdisciplinar. A priorização de diferentes formações profissionais compoem a equipe de um CAPS versa sobre a intensidade das trocas entre os especialistas e sobre o grau de integração das disciplinas em um projeto profissional, de ensino constante (Vasconcelos, 2024).

A tendência para o individualismo, a ampla autonomia e mesmo as representações dos outros profissionais/saberes na forma de ameaça favorecem a não comunicação e a posição de centralização, "não dividindo nada". Similarmente, a transposição inflexível das teorias/práticas de cada saber para o trabalho coletivo pode alimentar os conflitos profissionais.

A profissional **F** recorda que quando conheceu a VIDA 1, estava no chamado Plantão, também nomeado de ambiência do CAPS II. É o momento que existe um técnico de saúde mental disponível para o que ocorrer na unidade.

Profissional F: *“Ela chegou do nada, chorando como criança, toda maquiada, disse que os vizinhos brigaram com ela, voz de criança que queria colo. Eu estava ali, e fui escutar, ela só queria falar com a TR dela. Mas a técnica não estava alí, eu estava e quis ajudar, me coloquei disponível e ela aceitou. Só chorara, chorava”.*

Demonstração singela, como o gesto, algumas palavras, e dessa maneira se produz saúde mental. Esta ação de cuidado é produzida por uma tecnologia leve, chamada acolhimento.

Mas vale como o outro recebe o gesto, como responde ou corresponde à palavra, como o fato mobiliza sua sensibilidade e a sua ação. O saber se atualiza na interação entre as pessoas. Antes ou independente dessa interação ele é apenas virtualidade. Por esse motivo não é possível fazer saúde para o

outro, tratar, curar o outro, mudar seus hábitos, integrá-lo. Saúde é uma coprodução - se trata, se cura e se aprende a cuidar com o outro. (Zauhy, 2002, p. 12).

Avaliamos que o ato de acolher é algo surpreendente, haja visto que não existe uma receita pronta ou manual. Ele acontece a partir da capacidade de sentir o outro e trazer soluções possíveis. Sem dúvida alguma, acolher uma pessoa, principalmente, em sofrimento psíquico é, de certa forma, o melhor tratamento relevante para a saúde mental.

2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Pergunta disparadora: *“Diante a narrativa do caso, aliado, ao primeiro encontro que a maioria teve com Vida 1, o que avaliam como pontos de vulnerabilidades?”*

A profissional **E** traz ao grupo o que teria percebido de vulnerabilidades enquanto TR de Vida 1:

Profissional E: *“Logo de início quis ganhar confiança dela, criar vínculos, pois, por tudo que tinha sofrido na rua (violência, etc...), eu imaginava que estava extremamente desconfiada das pessoas. Então, uma das vulnerabilidades de momento era essa, e eu precisava estabelecer confiança”*.

Acredito que a TR foi bastante coerente ao avaliar o sofrimento dessa mulher, as muitas violências que teria passado enquanto esteve em situação de rua, abusada sexualmente, grávida, a retirada da criança. Violência, muitas vezes, da própria família e do território em que vive. Estas vulnerabilidades sociais, de saúde e legais exacerbam a sua marginalização social e a colocam em um estado de vigília, de desconfiança das pessoas, o que, também, pode justificar

a heteroagressividade e a negativa ao tratamento, a partir de dificuldades vinculares associadas à história pregressa de violências e abandonos (por vezes, perpetrados pelos mecanismos institucionais das políticas públicas).

Segundo Gama (2014), refletir sobre a correlação entre problemas mentais e outros indicadores sociais é importante e ao mesmo tempo, bastante complexo, pois entender o alcance desta correlação entre pobreza, violência e loucura é fundamental para a partir daí estruturar ações produtoras de saúde mental, o que por se constituir um desafio.

A profissional **E** permanece com a fala:

Profissional E: “Quando percebi que tinha conseguido um pouco de confiança dela em mim, eu fui inserindo o tratamento, marquei psiquiatra, ela tomou a primeira injeção comigo, fiz visita domiciliar e ela foi indo... Nem pensava em construção de PTS; era o que acontecia e eu ia indo”.

Mediadora: “quando você fala que não pensou em contruir PTS, o fato do estabelecimento do vínculo com VIDA 1, já não poderíamos considerar como ação de PTS?”

Profissional E: “É, pode ser...Eu falo porque quando fazemos a primeira entrevista já escrevemos tudo que o usuário precisa, né? E vai colocando nos grupos e marcando atendimentos. Quis dizer que não fiz nada disso, fui tentando conquistá-la”.

Profissional **B** discorre afirmando que o que a TR fez foi PTS, pois identificou uma vulnerabilidade mais importante e realizou ações.

Profissional B: “Eu faria e faço o mesmo e já acredito ser PTS iniciado, o caso fala por si”.

Acredito que estar atento para a situação da pessoa em sofrimento e eleger os próximos passos de cuidado é de uma sutileza sem igual. A TR, nesse caso, percebeu, naquele momento, que de nada adiantaria preencher um impresso com tudo que percebeu sobre as necessidades de VIDA 1 e sair realizando ações de marcações, etc. Quando, na verdade, o caso pedia paciência e baixa exigência de ações. Assim sendo, acredito, que caiba a confecção do PTS, elencando o nó crítico: dificuldade de aquisição de vínculos sociais, heteroagressividade decorrente de traumas sofridos, recusa de tratamento adequado, desconfiança das pessoas, etc. Sendo a estratégia escolhida para essa situação: implementar vínculos.

Profissional A opina e diz compreender a avaliação situacional:

“Independente de ser paciente de saúde mental, o meu olhar é sempre em verificar a situação, diagnóstico possível e partir para a ação de tratamento. Vida 1 chegou na USF com possíveis diagnósticos de tuberculose, pneumonia, desnutrição, insuficiências de vitaminas. Eu fiz a consulta dela com esse olhar e passei os exames para tentar achar algo e fechar. Mas, de verdade, essas outras necessidades da vida de uma pessoa, como o sofrimento dela, a violência toda sofrida, que pessoa é essa? Muitas vezes, não conseguimos ampliar o diagnóstico”.

Mediadora: *“Porque não é possível ver a usuária de forma total?”*

Profissional C: *“Parando agora, estudando o caso, lendo a história dela, é possível refletir tantas coisas, mas o que eu entendi do Participante A, é aquilo que falamos no início, na USF é muita demanda, a verdadeira história, onde é possível juntar as peças é impossível acontecer”.*

Complementa o profissional A: *“Fica faltando juntar as peças, por mais que ela tenha chegado a mim com a profissional do CAPS, eu por exemplo, não*

soube dos abusos sexuais, das medicações que ela usava no CAPS, fui atender a demanda do momento que era o baixo peso e a tosse produtiva”.

Profissional D enriquece o diálogo quando menciona vínculo no seu discurso: *“Nas visitas que fiz, e ela tinha vínculo comigo desde muito tempo, via muitas vulnerabilidades, moradia muito ruim... Ela dormia no colchão molhado porque o telhado da casa era incompleto, faltava alimentação mesmo, andava nas ruas pedindo cigarro e bebida e a família ninguém ligava... A situação era essa”.*

Colocar em prática os princípios da Clínica Ampliada tem seus desafios. Percebe-se, através das falas acima, que houve uma fragmentação no cuidado à pessoa, sendo o oposto da proposta da diretriz pertencente à PNH. A narrativa do profissional A, logo do início, demonstra a preocupação com o fechamento de um diagnóstico, a ação, tratamento e cura.

Nesse ponto de discussão, trazemos a proposta da Clínica Ampliada de qualificar o modo de fazer saúde, revisar o entendimento “tradicional” que privilegia a doença, sintomas e cura, em prol do olhar amplo para a valorização do sujeito (Brasil, 2013). A Clínica Ampliada é definida como:

Uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. (Brasil, 2013, p. 10).

Sendo assim, uma concepção de ser humano que não se limite ao corpo biológico, que se debruce nas complexidades humanas, suas interações com diversas dimensões da vida. Assim sendo, necessita que a atenção à saúde seja revisada nos termos da Clínica Ampliada: a

atenção não se limita a detectar sintomas orgânicos, porque o ser humano não é, apenas, um organismo. A saúde não é uma condição do corpo, é condição do humano (Heidegger, 2012).

Analisando a fala da profissional **D**, percebe-se que possuía o conhecimento sobre as vulnerabilidades de Vida 1. Traz elementos ricos na fala que revelam os problemas sofridos, pela usuária, no contexto mais amplo que envolvem: desafios de saúde, família e dimensão socioeconômica. Contudo, diante de tantas informações importantes, não ocorreu trocas entre a equipe de saúde, o que minimiza o conhecimento integral à pessoa, restringe as possibilidades de cuidado, desvirtuando o trabalho de equipe para o trabalho individual.

Parece oportuno recordar aqui o Método da Roda criado por Gastão Wagner de Campos, cujo objetivo é a cogestão do cuidado para produzir solidariedade ao interesse público e subjetividades autônomas e protagonistas, além da valorização do coletivo e o fortalecimento do sujeito. Esse método citado foi precursor para, posteriormente, firmar a cogestão como uma das diretrizes da PNH (Doricci, 2021).

A profissional **C** trouxe na fala a necessidade de “juntar as peças” do caso, é justamente essa integração de informações, percepções, olhares, que almeja alcançar um trabalho de fato em equipe, amplo e integrado.

Tratam-se, portanto, de equipes multiprofissionais que desenvolvem atividades individualizadas, fragmentadas, possuindo fragilidade na comunicação. Hora, impossível nesse momento não se perguntar: se existem dificuldades de integração, comunicação dentro de uma mesma equipe, o que se pode esperar do trabalho em rede de atenção?

Seguindo ainda na primeira narrativa do profissional **A**, ao dizer que a usuária chegou acompanhada da profissional do CAPS II, mostra-se que a profissional utilizou o direito do usuário de encontrar em sua unidade de saúde de referência uma estratégia de acolhimento para

suprir suas necessidades de saúde clínica. Dessa forma, utiliza-se do Apoio Matricial para atingir a ampliação dos cuidados à saúde do sujeito, extrapolando as necessidades dos cuidados em saúde mental. Ao acompanhar a usuária na USF de referência, a profissional rompeu a lógica dos encaminhamentos indiscriminados e utilizou-se da prática ancorada na corresponsabilização do cuidado. Essa lógica de cuidar em Rede ampliada, utilizando-se do Matriciamento, provoca aumento de vínculo entre os atores envolvidos, facilitando a comunicação e a interação entre eles, tornando referência e contra referências personalizadas. Transcende-se, assim, o método tradicional do encaminhamento restrito e descompromissado (Souza, 2011).

A profissional **F** pergunta à profissional **E**: “Depois que você conseguiu vínculo com ela, foi pensando nas outras questões que o caso pedia, certo?”

Profissional **E** responde: *“Cada dia eu ia descobrindo mais problemas (risos) e ela ia dizendo na escuta para mim... Mas o que mais ela pedia era dentadura, porque não conseguia mastigar, realmente sem dentes nenhum. Aí eu fui pensando em todas as questões clínicas que estavam piorando: tosse, emagrecimento, a falta dos dentes, problema de alimentação, muitas coisas para tentar ajudar e não só questão do CAPS e remédio”*.

A percepção da profissional **E** discorre para as necessidades dessa pessoa, que vão além do tratamento no CAPS II. São enfrentamentos de danos à saúde clínica e mental, saúde bucal, questões socioeconômicas e familiares, sendo necessário caminhar por outros serviços estratégicos, a fim de ajudá-la integralmente em suas vulnerabilidades.

Mediadora: *“Até esse momento vocês percebem outros entraves ou problemas de VIDA I?”*

Profissional C: *“Incrível ver tantas necessidades, um problema parece que vai gerando outros! Essa questão da falta de dentes, podemos relacionar com emagrecimento, ao mesmo tempo, as condições econômicas são ruins, daí vem doenças como tuberculose, ficou em situação de rua e sofreu violência sexual. Como ela pode não surtar? Parece uma roda de problemas”.*

Profissional D também completa: *“Eu como ACS fiz o impresso cadastral sobre a casa e todos os membros da família e listei as condições dela. Inclusive ela precisava de cuidados ginecológicos e tudo. Marquei na UBS, ela não foi!”*

Profissional A: *“Eu consigo ver aqui problemas negligenciados diversos somente na parte da saúde clínica, imagine os demais? Acredito que pela precarização dos vínculos familiares e sociais ela não conseguia, ou seja, não dava conta de ir nas marcações na UBS. Veio para mim, porque foi trazida pela TR do CAPS, então até esse problema temos que listar, né? Não tem autonomia para cuidado com a própria saúde”.*

Profissional B: *“Eu enxergo muito trabalho (risos) porque precisa dessa atenção á saúde clínica e mental integral, precisa restabelecer esse vínculo familiar e a responsabilização da família, precisa ir no CRAS para ver as condições para algum programa social do governo, dentista e prótese e manter tudo isso com as equipes, né? Todo mundo envolvido. CAPS só não faz milagre!”*

Impressionante a evolução do grupo sobre as necessidades de VIDA 1: à princípio reduzida “apenas” como portadora de transtorno mental, parecia ser o único problema, mas percebe-se o quanto a integralidade de um sujeito é complexa.

Rompe-se, nesse sentido, com a lógica reducionista sobre a pessoa com diagnóstico de transtorno mental, capturada pelos antigos manicômios e ainda hoje pela psiquiatria tradicional. Almeja-se avançar para o paradigma psicossocial, que requer a integração de outros serviços e o cuidado no território do sujeito, em liberdade, incluindo, para tanto, a percepção do próprio usuário acerca de suas necessidades e tecendo uma rede de cuidado integrado e participativo, a partir de processos de articulação e pactuação horizontalizados. Dessa forma, o sujeito é não é mais posicionado no lugar de objeto de intervenções ou mesmo deixa de ser enquadrado apenas por um rótulo diagnóstico elencado no CID (Classificação Internacional de Doenças), passando a protagonizar ou simplesmente ser cidadão com direitos e deveres, buscando conquistar autonomia e singularidade.

3 ARTICULAÇÕES E MATRICIAMENTO

Mediadora dispara uma pergunta ao grupo: *“No caso de VIDA 1 como vocês percebem as ações realizadas de matriciamento?”*

Profissional **E** traz o relato: *“Eu, como TR do caso, de fato tinha muitas intervenções para pensar. Quando apareceram os sintomas da tosse produtiva, febre e a perda de peso, primeiro tentei ligação para unidade para saber quem era a equipe de referência e a ACS daquele território. Eu e a ACS fizemos uma visita juntas e ela agendou visita médica domiciliar. Na época, VIDA 1 nem estava levantando da cama. Mas algo se perdeu no dia da visita do médico”*.

Profissional **D** completa essa fase do cuidado: *“Verdade, eu agendei, mas não lembro o que ocorreu. Acho que ficamos sem carro e não teve a consulta em*

casa, mas liguei para o CAPS e avisei e disse que poderíamos tentar levá-la lá no posto, porque VIDA 1 já dizia que não queria ir comigo, ela é cismada!

Profissional **E** continua essa trajetória: *“Ela topou ir na USF, liguei para a ACS e ela me aguardou no posto.”*

Percebo neste momento de fala das duas profissionais uma integração importante, a partir de falas que se complementam, em franca colaboração de sentidos. As ações referentes às ligações realizadas uma para outra, a visita domiciliar conjunta, a aceitação de VIDA 1 da presença das profissionais na sua casa resultaram na constatação dos três atores envolvidos sobre a necessidade imediata de intervenção a saúde clínica. Houve aceitação das propostas de cuidado por parte de VIDA 1, fato muito importante para o contexto, dado o nível de confiança que as duas profissionais conseguiram com a usuária, o que possibilitou a marcação da consulta médica em residência e posteriormente a ida ao posto.

Isto significa que a concretização do Matriciamento em saúde mental em toda sua potencialidade depende do empenho, disponibilidade e mudanças por parte de todos os envolvidos. Implica negociação entre os diversos saberes presentes, para a construção de diretrizes e estratégias de cuidado pertinentes a um determinado contexto, além de envolver parceria com o usuário e equipes responsáveis (Iglesias, 2019).

Mediadora interveem com nova pergunta acerca da articulação realizada pelos profissionais **D e E**: *“o grupo acrescentaria ou mudaria algo nessa estratégia de cuidado?”*

Profissional **B** responde: *“Temos problemas de comunicação dentro da equipe. Como eu disse lá atrás, eu não conhecia VIDA 1, sendo membro da equipe da área. Quando assumi essa área territorial, não*

consegui fazer visitas com a ACS a todas as residências descritas, pelo acúmulo de trabalho dentro da unidade. Então, o que poderia ser melhor era todos da equipe saberem desse caso crítico, vulnerável, eu como enfermeira não soube”.

Mediadora: *“Então você se refere aqui a recursos de trabalho para que o Matriciamento ocorra com melhor frequência, qualidade, certo? ”*

Profissional **B** responde: *“Sim, é isso, há um desafio muito grande para dar conta dos serviços internos. Também a comunicação frágil, porque ficamos um bom tempo sem ter horário para reunir a equipe e discutir casos”.*

Legítima a fala da profissional **B**. Entendemos que é desafiador trabalhar na lógica do matriciamento entre equipes de saúde, quando internamente existem fragilidades no âmbito da comunicação interequipes de saúde, principalmente, sobre os casos de maior vulnerabilidade.

Desse modo, as ações de saúde da APS devem ser realizadas através da gestão do cuidado em equipe, por meio de práticas democráticas e participativas, como espaço garantido para encontros e reuniões, que permitam a discussão acerca do planejamento local, do território de saúde e os agravos de saúde da população descrita. O planejamento, portanto, é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um local e definir aquela situação a que se pretende chegar, buscando maneiras de alcançar os objetivos almejados. Além disso, o planejamento local é parte integrante de algo sistêmico que envolve toda a instituição, sendo parte importante da instrumentalização do planejamento institucional (Voltolini, 2019).

Dado os desafios discutidos, apostamos na necessidade do enfrentamento para garantir a efetivação ‘de fato’ da PNH. A política emerge da convergência de três objetivos centrais relacionados com a qualidade e a dignidade no cuidado em saúde, a partir de seu entendimento como direito de todos e dever do Estado; priorizando as articulações e iniciativas que visam o cuidado humanizado e enfrentando problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que possam estar produzindo reflexos desfavoráveis, tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (Pasche, 2011).

Profissional A acrescenta sobre ações de matriciamento realizadas no caso de Vida 1: *“Não há dúvidas que só irá dá certo se as equipes estiverem unidas. O matriciamento é essa prática mesmo da APS de solicitar apoio sobre um caso ou o CAPS solicitar. Nesse caso, quando VIDA 1 passou pela consulta eu solicitei exames, mas não tive retorno, acredito que tivemos uma lacuna importante, uma falha na linha do cuidado dela.”*

Relembro ao leitor que VIDA 1 chegou a realizar todos os exames solicitados pelo médico da USF, inclusive as marcações foram realizadas na própria USF e a TR acompanhou o dia e local e a levou para realização dos exames na rede especializada do município de Camaçari.

Mediadora: *“Como assim falha?”*

Profissional E responde: *“Verdade, ninguém pegou o resultado dos exames. Saí de férias, pensei que a USF iria monitorar isso e marcar visita, reavaliação, mas não.”*

Os relatos dos profissionais, ao longo do caso, sobre fragmentações no cuidado chamam

atenção. Fica evidente que se fazem necessários a sistematização e o planejamento estratégico do cuidado, ou seja, utilizar o matriciamento, pois é uma ferramenta contínua de promoção do cuidado integrado, mas ir além, a partir de uma interação formalizada para cada pessoa que sofre de transtorno mental grave, que possui múltiplas dimensões da vida prejudicada. Dessa maneira, torna-se interessante a proposta dos produtos 1 e 2 que serão detalhados a seguir nesta trabalho, sendo o produto 1- grupo de trabalho permanente utilizando como metodologia oficinas entre os profissionais do CAPS II e USFs do DS Costa para construção de PTS e Produto 2- a confecção de planilha compartilhada, realizada através do Microsoft Excel. Segundo Junges (2015), a realização de um planejamento estratégico para ações de saúde é atravessada por questões relacionadas à ética profissional sob a ótica da responsabilidade.

Para uma ética da responsabilidade, agir moralmente pela deliberação significa sempre e, ao mesmo tempo, agir estrategicamente pelo planejamento, porque a referência moral se traduz nos resultados da ação visada. Nesse sentido, o planejamento estratégico torna-se uma exigência e um imperativo ético do sujeito coletivo da equipe de saúde, considerando a indissociabilidade entre atenção e gestão (Junges, 2015, p. 3).

4 CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O grupo focal 1 teve uma característica muito especial, pois se despiram da posição do saber técnico profissional e se colocaram na posição de aprendizes. Além dessa característica deste encontro grupal, mostraram-se empolgados no trabalho em grupo e por muitos momentos mencionaram a grande oportunidade que estavam vivendo, como um momento rico de trocas e aprendizados. Apesar de já termos pensado em propor a elaboração do PTS enquanto parte do

dispositivo de Pesquisa-intervenção, esse grupo que voluntariamente decidiu naquele momento elaborar o PTS de VIDA 1, antes mesmo de qualquer proposta minha, em conjunto e foi nesse grupo que se levantou o problema de muitas vezes desconhecer que o mesmo matriculado na USF está fazendo tratamento no CAPS II, por falta de um prontuário único. Enfim, o desejo do grupo em fazer melhor para essas pessoas com sofrimento intenso colaborou bastante para essa pesquisa na elaboração dos produtos citados nessa dissertação.

Quando a mediadora realiza a pergunta sobre o que eles entendem por PTS, as respostas são:

Profissional B: *“No CAPS, já usamos por muito tempo, mas temos problemas para o fazer. A verdade é que cada um faz do seu jeito, eu costumo fazer, mas muitas vezes, não reavalio e vai ficando.*

Profissional F: *“Bom, (risos), eu faço logo no dia da entrevista, mesmo sabendo que é um instrumento processual, não precisa pressa, né? Acho que lá no CAPS não discute com a equipe esse fazer do PTS, vamos botando o usuário nas oficinas e grupos e tá feito!”*

A sistematização do cuidado dos usuários nos CAPS deveria ser realizada através da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esta construção é idealizada na ordem do diálogo entre profissionais de distintas áreas de formação e atuação, com vistas a alcançar a singularidade de um indivíduo, de sua família e ou grupo social, devendo contar com apoio matricial e o saber de outras equipes de saúde se necessário. O foco é promover a autonomia, cidadania e participação social dos usuários (Silva, 2020).

Sendo assim, o PTS requer uma avaliação dos âmbitos orgânico, psicológico e social com o objetivo de identificar elementos de vulnerabilidade do usuário; uma definição de metas

terapêuticas e redefinição das linhas de intervenção terapêutica; a definição de tarefas e encargos dos vários especialistas, ocasião em que se deixam explícitas as atribuições de cada um dos envolvidos no cuidado, e, por fim, a reavaliação das metas terapêuticas para averiguar o progresso do usuário e estabelecer mudanças que terão que ser realizadas (Silva, 2020).

Profissional A: “Eu compreendo PTS e em todos os cursos em que participei da atenção primária, sobre planejar cuidado do paciente. O PTS realmente surgiu na saúde mental primeiro e passou a ser utilizado, digo entre aspas, na atenção primária. Falo assim, porque verdadeiramente não usamos, não fazemos aqui na unidade, certo, meninas? Não temos impresso, nem nada! Ou nunca foi apresentado formalmente.”

Profissional C: “Sei sobre PTS assim bem vago, assumi aqui como enfermeira, o prontuário daqui, tanto o físico como o E-SUS que utilizamos, não tem nada nem parecido! Na evolução do caso, vou escrevendo o passo seguinte, mas assim, sem planejamento, as coisas vão acontecendo, chamo o médico, marco consulta para UBS e assim vai”.

Profissional D: “Eu nunca ouvi dizer, nunca teve treinamento, nunca”.

Confesso que as falas acima me trouxeram “sobressalto”, sem exagero, acreditava desde o início dessa dissertação que as USFs fariam os PTS dos usuários matriculados ou mesmo da família, haja visto que desde 2007 através da Clínica Ampliada (Brasil, 2007) estudamos a ferramenta PTS para o cuidado à saúde dos usuários matriculados no âmbito da atenção primária de saúde e saúde mental. Dessa forma, como mediadora, torno a perguntar:

Mediadora: “Vocês, que são profissionais da USF do município em capacitações, reuniões colegiadas e mesmo através das apoiadoras

institucionais, nunca foi trazida essa ferramenta para ser usada na atenção primária?”

A resposta em conjunto foi: “*Não!*”

Profissional A: “*Sinto o interesse na quantidade e não na qualidade, construir PTS é qualificar, mas temos atravessando o Previna Brasil, que tem metas de consultas, pré-natal, e tudo mais...*”

Profissional B: “*Precisamos ter um espaço garantido para qualificar a assistência. Esse espaço que conseguimos hoje é fantástico! Saio daqui feliz por tantos compartilhamentos e entendendo a necessidade da integralidade do sujeito, entendi também que o caso de VIDAI poderia ter tido rumos melhores.*”

Profissional F: “*O PTS, gente, ter que ser entendido para nós trabalhadores e ser estimulado pela gestão, porque ele não é mais um trabalho, ao contrário, ele facilita o nosso trabalho, e se for feito em grupo divide o peso das tarefas. É o que eu acho.*”.

Fica explícito que os profissionais compreendem o quanto faz diferença o planejar das ações para o cuidado dessas pessoas, não só às pessoas em sofrimento mental grave, mas aos outros usuários da USFs com vulnerabilidades. O PTS norteia as ações, direciona a prática e facilita a visualização dos problemas com maior facilidade. Além de que o PTS possibilita divisão dos serviços para cada ação proposta, através de todos atores envolvidos, também permitindo reavaliar o que foi ou não realizado e atingido para dada situação de saúde (Silva, 2020).

Profissional **B**: “Tenho uma proposta para o grupo: vamos fazer o PTS de VIDA 1, agora? Acho tudo isso rico, podemos praticar e ver o que acontece”.

Mediadora: “Alguém mais deseja essa experiência?”

Todos concordaram, logo foi construída uma cartolina, que foi presa na parede com a seguinte formatação:

Problemas Encontrados/Vulnerabilidades de VIDA1	Ações	Atores/Responsáveis	Prazo	Reavaliação
1) Questões Clínicas: Emagrecimento, Tosse frequente, cansaço físico, perda de peso, dor no joelho E	Consulta Médica Domiciliar em conjunto com o médico USF, TR do CAPSII e Psiquiatra; Resgatar exames anteriores já realizados na Policlínica. Devido ao cansaço físico adm as medicações injetáveis (Haldol Dec. Na USF) visto ser mais próximo da residência.	ACS, Médico USF, Psiquiatra, TR; Enfermeira da USF e Gerente Policlínica; ACS, TR e Técnica de Enfermagem USF;	Imediato	2 meses
2) Falta de dentição	Confirmar com a usuária sobre o desejo de possuir prótese dentária; Agendar com o dentista da USF, sendo acompanhada por pessoa de vínculo;	TR; ACS e Enfermeira USF, Dentista USF.	Imediato	2 meses

3) Alimentação/Nutrição Precária	Retorno da entrega das refeições diárias; Acompanhar peso corpóreo semanalmente;	Equipe do CAPS; Enfermeira da USF.	Imediato	2 meses
4) Vínculos familiares fragilizados	Agendar escuta dos familiares mais próximos (filha e irmã).	TR do CAPS e ACS.	2 meses	6 meses
5) Condição Socio- Econômica comprometida.	Articular com o CRAS de Abrantes visita conjunta, a fim de verificar possibilidades de renda, auxílios eventuais ou mesmo BPC.	TR CAPS e ASS. SOCIAL CAPS.	Imediato	6 meses
6) Lazer e atenção social diminuídos.	Escutar de VIDA 1 seus desejos sobre lazer, prazer; Encontrar dentro das opções oficinas, grupos no CAPS ou extra CAPS que contemplem suas necessidades;	<ul style="list-style-type: none"> • TR CAPS e ACS. 	1 mês	4 meses
7) Aumento de vínculos	Ampliar a rede de apoio de Vida 1, através de idas a outros espaços sociais e vínculos com outros atores da rede.	<ul style="list-style-type: none"> • TR, Equipe CAPS, ACS 	3 meses	8 meses

8) Ampliar escutas qualificadas	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se VIDA 1 aceita acompanhamento psicológico; • Agendar ou não com Psicóloga do Caps. 	<ul style="list-style-type: none"> • TR 	1 mês	6 meses
---------------------------------	---	--	-------	---------

Quadro 2 Construção do PTS de Vida 1:

A realização do PTS acima contou com a colaboração de todos profissionais, contudo houve questionamento da profissional **F**:

Profissional F: *“Eu só acho que precisamos melhorar e avançar para a participação mais ativa do usuário na formulação do seu PTS. No CAPS tentamos na primeira entrevista, mas muito pouco o usuário é estimulado ou mesmo a família nessa construção”.*

Como fazer essa participação sair da passividade? O PTS não deve ser pensado a partir de um ‘cardápio’ de atividades que o CAPS oferece, nem tão pouco sobre a ótica do que o profissional ou profissionais acreditam ser o mais adequado. Mas deve-se refletir a partir da necessidade terapêutica do usuário/família com as intervenções sob olhares dos profissionais. Muitas vezes, será preciso um PTS de baixa exigência, de acordo com o possível para aquela pessoa (Kammer, 2020).

Sendo assim, não podemos perder de vista a política da saúde mental que aborda a autonomia como meta do processo de cuidado. A análise desse conceito é discutida pela reflexão e contribuição da saúde mental, saúde coletiva e psicologia social (Merhy, 2007; Onocko-Campos & Campos, 2007), quando reforçam a perspectiva do cuidar a partir da

legítima participação das pessoas a quem se cuida, além de eleger o modo de vida, as vivências e cultura de cada sujeito envolvido no processo (Kammer, 2020).

A profissional **F** acrescenta: *“Quando pensarmos nesse espaço garantido, é preciso incluir o usuário de alguma forma, a participação dele é interessante, vamos falar dele”*.

Profissional **B**: *“Idealizo assim, um grupo como esse aqui de profissionais, discutindo o caso do usuário, em dado momento, trazer este usuário para roda também, dizer o motivo de estarmos reunidos, escutar dele o que ele acha, claro que precisamos testar. O TR deve ir trabalhando isso nas escutas”*

Mediadora: *“Bastante interessante essa perspectiva de vocês. Acredito que possamos avançar bastante no caso por exemplo de VIDA 1 e marcarmos novo encontro com a presença dela, da família. O que acham?”*

O grupo concorda com a proposta e deslumbra o produto do grupo permanente de trabalho com a perspectiva da participação também da pessoa em sofrimento intenso.

5. DESAFIOS DO CASO

Mediadora dispara como pergunta: *“Até esse momento o que vocês podem dizer sobre os desafios deste caso?”*

Profissional A: *“Acho que ocorre uma fusão de desafios (risos) o caso é desafiante, por tudo que vimos e fizemos o PTS com os problemas e tudo, mas também os limites dos recursos do trabalho que temos hoje. A lógica do trabalho quantitativo frente à qualidade, o posto cheio, a gestão que trabalha para apagar incêndios ao invés de trabalhar de fato com promoção à saúde, tudo isso... Só para você ter ideia, aqui na USF, não temos nenhum grupo para trabalhar com gestantes, tabagismo, nem espaço físico para trabalhos coletivos, então que lógica é essa? Um ambulatório?”*

Profissional C: *“No início do grupo fiquei com vergonha de vocês quando falei que não conhecia VIDA 1. Verdade! Pensei que tipo de profissional sou? Mas pensando aqui com meus botões, digo: faço o possível, tenho certeza disso! Aqui é essa lógica que ele falou, a gestão está na contramão do cuidado em singularidades e promoção, para mim esse é o desafio. Sobre o caso específico, vejo a vulnerabilidade de VIDA 1, uma forma gritante, pois quais recursos de fato sociais tem para ofertar?”*

Profissional D complementa: *“Desafio que é o mesmo de dificuldade. Né? Eu tenho dificuldade de falar dos casos mais complicados como esse de VIDA 1 para equipe, porque não temos reunião, cada um fazendo seu trabalho, eu vou fazendo o meu e anotando, faço as marcações, orientações, mas assim, um planejamento como se diz, sentada, ouvindo e discutindo é difícil. Sobre ela mesma, o mais difícil*

que vejo é sobre fazer com que ela vá nas marcações, cumprir esses horários, porque ela é desconfiada e muda de ideia fácil”.

Inevitável não reconhecer através das falas dos profissionais e das outras experiências por mim vivenciadas na gestão que a ESF precisa de ajuda, que os profissionais estão exauridos para garantir, “na ponta”, o que as políticas públicas preconizam e sem as condições necessárias para a prática do cuidado. São confrontados diariamente com as diversas demandas do território.

Por isso, é importante mencionar aqui o quão importante é a ESF para toda população, quantas evidências de progressos foram conquistadas ao longo de quase 27 anos de prática de cuidado territorial. Temos que destacar segundo Arantes (2016):

Os benefícios da ESF para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar, o aumento do número de consultas pré-natais, puericultura, de orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, da coleta de colpo citologia oncótica; a redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil e das internações hospitalares. Além disso, proporcionou adesão às ações para tratamento da hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, e de doenças sexualmente transmissíveis. Avanços importantes foram percebidos também nas áreas de saúde bucal e na assistência farmacêutica (Arantes, 2016, p.4).

Os desafios da equipe são pertinentes quando Arantes (2016) afirma também que essas múltiplas responsabilidades trazem a sobrecarga, se não forem trabalhadas na lógica da corresponsabilização com outros setores da saúde, se não houver investimentos na formação dos profissionais, educação permanente e valorização profissional (Arantes, 2016).

Retornando aos desafios do caso de VIDA 1, os profissionais acima refletiram sobre a vulnerabilidade social, aspectos sobre os quais não visualizam uma solução, frente o que o governo tem a oferecer. De fato, a estrutura de distribuição e produção de renda no Brasil é muito precária, os programas sociais não contemplam todas as pessoas e suas múltiplas necessidades e a pobreza e a vulnerabilidade são marcadores importantes para problemas de saúde em geral e especificamente agravos na saúde mental das pessoas (Carvalho, 2021).

Sobre a dificuldade de Vida 1 em cumprir os “combinados” relativos às marcações, aos horários ou mesmo podemos citar pouca autonomia, baixa condições psíquicas para “se enquadrar” nesse sistema convencional, precisamos pensar em flexibilidade na assistência – os serviços precisam acolher o sujeito que é diferente, pois a lógica ambulatorial que produz as marcações não funciona para todos. Assim confirma Liberato (2011), quando cita o erro em tentar englobar o sujeito em uma proposta única de cuidado, visto que o mesmo possui sua multiplicidade inerente do ser humano. Exigência, portanto, de flexibilização e que as portas de entrada e saída sejam facilitadas para todos.

Sobre autonomia da pessoa com transtorno psíquico intenso, é algo que todos os profissionais envolvidos com a saúde mental devem estar atentos, pois existe uma linha tênue sobre essa questão. Ser secretariado por um período de tempo e de acordo a cada necessidade do caso é válido, sendo que cabe a observação dessa evolução. Contudo, o que deve ser evitado é desacreditar no sujeito e sua potencialidade de autonomia. Portanto, o marco-autonomia é um ponto interessante a se refletir, por um lado o sujeito precisa ser secretariado, por outro, existe limites para não anular o sujeito, deixar de investir e “encapsular” na cronicidade da doença mental sendo a cada dia mais dependente do CAPS. Esta situação seria reproduzir a lógica manicomial (Kammer, 2020).

Profissional **B continua**: *“Bem, sobre trabalho, falta de recursos temos muitos desafios lá no CAPS, falta de carro para visitas, profissionais desmotivados e tudo que vocês sabem. Sobre o caso de VIDA 1, entendo também que a vulnerabilidade social e autonomia sejam pontos de muita fragilidade, mas acredito ser bem desafiador esse laço familiar, porque vimos no caso, tudo que passou, os problemas clínicos, tem família, tem filha, ela fica em situação de rua, às vezes, sem alimentação”*.

Importante desafio trazido pela Profissional B diante do fato de estarmos lidando também com pessoas que estão precisando também de acolhimento! O julgamento da falta de atenção, de apoio por parte da família de uma pessoa com transtorno mental, muitas vezes, não cabe ser realizado. Acreditamos que o cuidado, escuta, acolhimento e a conquista dessas pessoas no processo do cuidado sejam o mais adequado.

Geralmente, os CAPS trazem como proposta a aproximação da família como rede de apoio para a pessoa em sofrimento psíquico intenso. Visto que a família viabiliza muitas “portas” para o cuidado como: o uso das medicações, conduzem a pessoa para os serviços de saúde, lutam pelos seus direitos sociais e trazem informações importantes para a equipe de cuidado. Contudo, a equipe deve estar também atenta sobre de que forma ocorre esse vínculo entre família e usuário; algumas vezes, são relações conflituosas, que acabam por incapacitar a pessoa em sofrimento psíquico e dessa forma não contribui para o tratamento na ótica do cuidado em liberdade (Ferreira, 2019).

Percebe-se até este momento o quanto desafiador é planejar o cuidado para essa pessoa em sofrimento psíquico. Precisa do olhar atento da equipe em diversos aspectos. Por isso,

acrescentamos aqui o desafio de avaliar e reavaliar o PTS, entender que uma ação pensada e articulada pode não ser a mais assertiva e teremos que refletir e refazer e elencar novos problemas. Por essa razão, a equipe múltipla com diversos saberes envolvidos e o compartilhar das tarefas sobre o caso permitem maior assertividade do plano de cuidado.

Profissional **F** menciona: *“Desafio também não só no caso de Vida 1, mas para tantos outros que acompanho no CAPS, é conciliar as necessidades e desejos do usuário com a oferta dos grupos e oficinas, nesse caso incluo então seguir com o desejo deste usuário, visto que muitas vezes a equipe não pensa dessa forma”*.

Essa reflexão é muito pertinente, pois inserir no PTS a participação dessa pessoa em sofrimento, utilizando o cardápio da instituição, pode ser considerado um fracasso no âmbito da singularidade do sujeito. Cumpre assinalar que o usuário deve ser reconhecido como protagonista de seu próprio tratamento e, portanto, estimulado a participar ativamente da construção de seu PTS que pode ou não ser o ingresso em grupos e oficinas.

De fato, a cartilha do Ministério da Saúde (2004) traz a defesa do tratamento coletivo nos CAPS. Fazem parte as oficinas terapêuticas, expressivas, geração de renda e de alfabetização, todas são fascinantes quando abarcam projetos e propostas claras para atingir as necessidades dos usuários matriculados. Nesse cenário, é recomendável que cada CAPS ofereça mais de uma modalidade de oficina terapêutica, pois somente assim cada usuário poderá decidir, juntamente com a equipe de saúde, se determinada oficina terapêutica será incluída ou não em seu PTS, além de o serviço deve sempre refletir sobre os perfis das pessoas matriculadas, realizar escuta e decidir em reuniões de equipe os grupos e oficinas que realmente

precisam ocorrer, lembrando que os profissionais se adequam aos usuários e não o contrário (Oliveira, 2021).

Profissional **E** acrescenta: *“Acho estranho (risos). O desafio para mim gigante, não utilizarmos um mesmo prontuário eletrônico, não tem lógica! Falamos disso aqui, mas preciso retomar, pois muito da invisibilidade desse caso se deu pelo fato de algumas pessoas da USF nem saberem que tem um matriculado fazendo tratamento no CAPS”*.

Profissional **C** acrescenta sobre a mesma linha-Informação: *“Essa questão é mesmo difícil, as equipes da RAPS não se comunicam por prontuário eletrônico, ou seja, fragmentação de cuidado! E aqui dentro a ACS que mais sabe do território e dos problemas usa o E-SUS de forma restrita. Só tem espaço para escrever que fez visita, ainda não temos reunião”*.

Acredito que a RAPS precisa muito de conexão, percebo também, as fragmentações na rotina do trabalho. Todas as formas de conectar, seja de forma informatizada, seja presencialmente, são importantíssimas para a fluidez e continuidade de uma linha de cuidado.

A PNH discorre sobre a necessidade de compartilhar informações entre as instituições de saúde, solicitação de apoio para tomada de decisão, acompanhamento do caminhar do usuário na rede de saúde, planejamento de ações e aumento de vínculos entre os profissionais. Para tanto, a informatização na saúde se faz importante, sendo a ferramenta pensada a partir do dispositivo designado por Prontuário Eletrônico do Paciente, que sem dúvida abarca uma parte das necessidades de comunicação entre as equipes e entre as redes de saúde (Oliveira, 2020).

Profissional **B** coloca no grupo: *“Eu entendo esse acúmulo de trabalho na USF, são muitos programas para serem cumpridos e tudo que foi dito aqui, tudo pertinente. Mas eu como profissional do CAPS, que no caso estamos na RAPS como especialistas de saúde mental, né? Sinto que somos pouco chamados a nível de Matriciamento dos casos leves e moderados pelas equipes, todas de USF. Acho que essa questão é desafio!”*

Mediadora: *“Alguém quer trazer mais elementos sobre essa questão do Matriciamento?”*

Profissional **E** complementa a ideia: *“Eu concordo, não estou falando dessa USF específica, mas geral, quando eu vou na USF que sou referência e tento chegar na equipe e perguntar dos casos e se querem ajuda e tudo, difícil ter atenção, acho até que estou atrapalhando (risos). Também não me chamam para discutir casos, sempre parte do CAPS, parece que a USF não tem problemas em lidar com saúde mental”*

Profissional **A**: *“Veja, eu, às vezes que precisei, já falei com a psiquiatra do CAPS com dúvidas sobre medicamentos e tudo, mas entendo o que falam, algo assim, sistemático, né? Visto que temos muitos casos leves e moderados matriculados aqui e vocês podem ajudar no manejo, ou seja, fazermos o Matriciamento”.*

Fica evidente o impasse entre equipes sobre a questão do Matriciamento em Saúde Mental. Algo que pode ser resolvido, pois a intenção do Matriciamento é o fazer junto, trocas,

apoio e compartilhamento. Muitas vezes, são ações pontuais que a rede especializada pode contribuir e a prática vai se multiplicando. A diretriz de Matriciamento do município (2019) deve ser um disparador para esse processo de aprendizagem mútua e a efetivação dessa prática na rotina das equipes.

A estratégia de Matriciamento foi pensada e formulada para organização do trabalho Inter profissional. Adiciona o NASF como um dos dispositivos matriciais importantes (porém o desmonte desse serviço pelo governo anterior trouxe perdas consideráveis, atualmente esse dispositivo “elo” para Matriciamento entre serviços primários e especializados, foram transformados em núcleos de equipes multiprofissionais). Na verdade, todos os serviços de saúde estão propensos a fomentar a participação conjunta entre profissionais da atenção básica e especialistas. Contudo, parece haver ainda algumas limitações no que tange à consolidação e efetividade desses serviços como mediadores do atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica, havendo necessidade de avaliar quais são os impasses e desafios que têm dificultado esses processos (Treichel, 2019).

5.1.3 Vida 2

Segue-se o caso de Vida 2: 45 anos, sexo masculino, negro, ensino médio completo, iniciou o trabalho como menor aprendiz com, aproximadamente, 13 anos, na função de auxiliar administrativo em uma empresa no interior da Bahia, realizava plenamente as atividades solicitadas, possuía facilidade na comunicação, computação e escrita. Foi em plena atividade laboral que apresentou o primeiro surto psicótico, no momento os colegas de trabalho o deixaram trancado em uma sala e relataram que ele começou a quebrar tudo do local e se auto

agredir. Nesse momento, ligaram para o genitor e o mesmo foi buscá-lo; nesse dia foi internado pela primeira vez em hospital psiquiátrico. Desde então, saía de alta hospitalar em uso de medicações, retornava os estudos e atividades remuneradas, mas não continuava o tratamento medicamentoso ou terapêutico, e tornava a apresentar novas crises, retornando para internação em hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, a vida foi marcada por ciclos dentro e fora de internações psiquiátricas. Vida 2 era persistente com os estudos e conseguiu concluir o ensino médio. Sempre trabalhou em empresas, com cargos administrativos, também frequentou aulas de pinturas e pintava lindos desenhos, com o sonho de ser artista. Após mais um internamento psiquiátrico no ano de 2018, foi encaminhado, pelo serviço social do hospital, para a continuidade de cuidados no CAPS II.

O acolhimento no CAPS II deixou evidente que não gostava de usar as medicações prescritas, relatou que as medicações o limitavam, o deixavam sem o dom da arte, não tinha desejo, vontades, só ficava na cama e isso não é viver! Gostava de ser produtivo. Contrariando sua vontade, as mesmas medicações foram prescritas pelo CAPS II, e a genitora passou a administrá-las de forma escondida, através de alimentos. Este período, o usuário não apresentou crises, mas passava longos períodos em casa, sem ânimo, dormindo.

A família domiciliar consiste nos genitores, o irmão e quatro sobrinhos já adultos. Este núcleo apresenta diversos conflitos, os genitores, por mais que já divorciados, residem na mesma casa, onde protagonizam diversas discussões diárias, os sobrinhos foram “criados” pela avó, diante do abandono dos pais. Há constantes discussões entre eles e a avó. O irmão, que sempre esteve desempregado, não entende as questões psiquiátricas de Vida 2, utilizando,

muitas vezes, de agressividade no manejo das crises de Vida 2. A irmã do usuário também possui transtorno mental e atualmente vive em situação de rua, aparece vez ou outra na residência. A fonte de renda da casa é a aposentadoria da genitora e a pensão por doença de Vida 2.

O ano de 2019 foi o período que ele mais frequentou o CAPS II, participava da oficina de artes, onde produzia lindas telas, as medicações foram, relativamente, adequadas de modo que ele se sentia mais disposto e com aceitação do uso “quase” regularmente com a supervisão da genitora, esta que também frequentava o grupo de família. Porém, os inúmeros conflitos familiares em torno, principalmente, da questão financeira, aliado ao desejo dele em administrar seu próprio dinheiro (sem conseguir), conjuntamente com o adoecimento da mãe e pouco interesse nos cuidados de Vida 2 pelos demais membros da família, culminaram em novas crises. O usuário deixou de ir ao CAPS II, passou não mais aceitar o uso do tratamento medicamentoso e retornou o ciclo de crises e internações psiquiátricas.

As crises de Vida 2 são caracterizadas por manifestações de delírios de grandezas com discurso que cursa doutorado e/ou que trabalha como investigador de polícia e/ou que é médico do SAMU e da UPA. Também passa a adquirir lixo, no processo intenso de acumulação de objetos, fica em situação de rua, e com isso vulnerável à violência. Também apresenta, muitas vezes, agressividade, quando contestado, chega a quebrar objetos em casa e agredir a genitora. Há relato da comunidade que a própria família acaba contendo-o de maneira agressiva e desastrosa, levando-o posteriormente para internação psiquiátrica.

Durante o tratamento no CAPS II, em escuta, por vezes, admitiu ter problemas de SM e falou sobre as alucinações, mas em outros momentos negava precisar de cuidados, sempre foi

bastante carismático com os profissionais do serviço, agrada a equipe com doces, disposto para ajudar na limpeza e organização do serviço, se coloca como profissional da unidade, inclusive com uso de crachá e folha de frequência. Possui facilidade de vínculo com profissionais da saúde tanto no CAPS II, como na UBS e UPA, estas últimas, ele visita diariamente, conhece todos os profissionais, informa que é médico, entra nos consultórios, faz que “atende” as pessoas como médico, sendo conhecido por todos no território.

Vida 2 sempre procurou informações sobre todas as medicações que fez uso, conhecendo informações detalhadas sobre dose e efeitos colaterais. Atualmente a prescrição da psiquiatra é: 2 Ampolas de Haldol Decanoato a cada 15 dias IM, Depakene 500 mg 2x ao dia oral. Contudo, a última vez em que foram administradas as ampolas foi há dois meses, quando ele procurou a dentista devido à dor de dente e a equipe administrou sem o seu conhecimento o Haldol Decanoato, informando que era anestesia. Conhecedor dos efeitos colaterais dessa medicação, logo desconfiou, e não retornou para o tratamento dentário.

Vida 2 passa a maior parte dos dias em situação de rua, em conflitos com traficantes de drogas locais e outros pessoais da comunidade, ainda frequenta a USF e UPA regularmente na posição de profissional de saúde do local, bastante agitado, às vezes agressivas com as pessoas presentes, dá ordens e retira os profissionais do posto de trabalho.

1. O ENCONTRO/ Acolhimento a pessoa com sofrimento mental

Pergunta disparadora: *“Gostaria de ouvir de vocês, sobre o momento que conheceram vida 2. Lembram?”*

Profissional C inicia, dizendo que lembra quando Vida 2 foi encaminhado para o CAPS II: *“No primeiro momento quando foi discutido na equipe para ver quem seria a TR, pois não tinha ainda a divisão por região, eu disse logo que eu podia, achei ele tão bacana para trabalhar”*.

Mediadora: O que seria um caso bacana?

Profissional C: *“Ele é muito inteligente, tranquilo, quis conhecer todo o espaço do Caps e foi se apresentando às pessoas”*.

Profissional D: *“Eu lembro disso, era um caso diferente, porque ele mostrava que entendia sobre o tratamento dele, as necessidades, discutia com a gente, um nível bom de entendimento”*.

Mediadora: quando referem características como inteligente, tranquilo e que discutia com as pessoas, além de bacana e ser diferente, querem dizer que não é comum ter uma pessoa com transtorno mental com essas habilidades?

Profissional C: *“É, com ele a conversa fluía, isso ele quando chegou, né? Digo assim, sem estar em crise! Ele entendia tudo, o nível intelectual muito bom! Diferente, mesmo, do perfil geral de quem chega, sabe?”*

Aguça-me a necessidade de mencionarmos nessa pesquisa o perfil de pessoas com transtorno mental grave. Esses dados, ainda não foram pesquisados no CAPS II do município de Camaçari-Ba, por essa razão, cito aqui um outro estudo, realizado na Bahia, cujo o título é: Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, publicado no ano de 2020. Cujo os resultados demonstram, entre outros dados epidemiológicos, uma prevalência de pessoas matriculadas nesse CAPS: quantitativo maior do sexo feminino, sobre o estado civil

percentual maior de solteiro, com ensino fundamental incompleto e a grande maioria era não alfabetizada (Barbosa, 2020).

Dessa forma, o termo “diferente” trazido pela participante do GF, ao se deparar com uma pessoa com TM e matriculada no CAPS, sendo esta inteligente, questionadora e portadora do ensino médio completo, ser de fato uma minoria. Barbosa (2020) complementa, informando que outros trabalhos sobre perfil epidemiológico em CAPS, na variante educação, evidenciam a predominância da baixa escolaridade das pessoas com TM nos CAPS brasileiros. Relata como hipótese o fato de que a maior parte dos usuários do Sistema Único de Saúde apresentam baixa instrução e/ou que pessoas com a saúde mental comprometida apresentam dificuldades de exercer trabalhos produtivos e de explorar seu potencial, além de que, esses indivíduos encontraram barreiras em instituições de ensino, sendo, muitas vezes, excluídos do processo de educação (Barbosa, 2020).

Profissional A: “Os profissionais mais antigos sempre falavam dele na unidade, que tinha crises etc... Eu como não era tão antiga, não tinha conhecimento de crise, atendia ele como enfermeira da unidade e não sabia que era o que tinha questões psiquiátricas, porque até então não via nada de anormal. Depois, foi que me disseram que Vida 2 era o paciente que tinha sido internado”.

Profissional B: “Eu também, quando o conheci, não sabia que era matriculado no CAPS, ele veio para o tratamento dentário e iniciou comigo, estava bem na época, ele muito interessado pela saúde”.

Profissional G: “O que de fato me chamou atenção logo no primeiro encontro com ele, foi porque ele fazia muitas perguntas sobre a saúde

clínica, muitas preocupações em ter Diabetes, Hipertensão e falava já das medicações, de como deveria ser o tratamento, sabe? Eu achei bem ansioso, estranho o comportamento. Ele bem assíduo, fez os exames todos, levou tudo para mim e sabia de muitos termos médicos”.

Fica evidente nas narrativas acima como Vida 2 era presente na USF do seu território e circulava na unidade por várias especialidades. Pode-se dizer, que ao contrário de Vida 1, Vida 2 é sujeito ativo no seu processo de cuidado, dessa forma, nunca foi invisibilizado e sim protagonista.

A PNH em 2003 trouxe, dentre outras coisas, a importância da inclusão dos usuários do SUS no processo de cuidado à saúde, visto o caráter positivo para a ampliação da corresponsabilização no cuidado sobre si. Os usuários não devem ser vistos como, somente, pacientes e sim como agentes na produção e co-produção de saúde (Brasil, 2003).

O termo “comportamento estranho” mencionado pelo profissional G, faz a mediadora realizar outra pergunta:

Mediadora: “Para você, é inabitual um paciente com tantos questionamentos ou tão ativo no seu próprio cuidado?”

Profissional **G**: “*Não é comum, mesmo! Ele parecia que estudou os exames e medicações antes de vim para a consulta, ficava aquele clima tenso, mas outras vezes, já fui me acostumando”.*

Fica claro o desconforto desse participante e também pode ser desconfortável para outros profissionais da saúde, por quê? Necessário resgatar que o SUS nasce no cenário de retomada pela democratização, em busca da ampliação da organização popular, abrindo as perspectivas de apoio social, prevendo a participação popular do indivíduo ou grupo. Contudo,

faz se necessário espaços de empoderamento, ou seja, na libertação do pensador, na redistribuição do poder (Martins, 2011).

Sobre os motivos do desconforto profissional sobre um usuário ativo no seu processo de cuidado, veremos algumas possibilidades a seguir. Mas, adianto o questionamento sobre o processo de trabalho utilizado, por alguns profissionais de saúde, se traz ou não espaços para a liberdade e autonomia do usuário do SUS.

Profissional **I** também colabora sobre o encontro com Vida 2: *“Antes a área onde ele mora não era coberta por ACS, tem pouco tempo que passei a cobrir, mas eu já conhecia da rua mesmo, todo mundo da comunidade conhece ele e a família. Ele sempre foi muito prestativo com os vizinhos, menino bom, até dinheiro dele ele dá, para quem precisa, todo mundo lá, quando ele está na crise dele, ajuda ele. Olhe! Para você ver, esses internamentos à força, o povo caia em cima do irmão e não deixava”*.

Percebe-se na fala acima o quanto a comunidade ou melhor o território entra como produtor de cuidado para Vida 2. Fica explícito que o modo de ser, de lidar, de se relacionar com as pessoas que ali vivem, faz de Vida 2, um sujeito de produção e de relação com um determinado grupo.

Segundo Merhy (2002), o território está imbrincado com a vida cotidiana, na construção de laços afetivos, de solidariedade e resistência. Produzir saúde é, em certo sentido, sustentar a construção ou talvez a invenção de territórios existenciais, que se conectem e se articulem para se abrir a esses outros modos de fazer andar a vida (Merhy, 2002).

Quando a Profissional **I** refere os internamentos “à força” e que “o povo” não deixava, torna-se nítido o poder exercido pelo irmão no sentido de excluir Vida 2 do território em que

vive e ao mesmo tempo a força das pessoas que habitam o seu território, que topam brigar para evitar uma internação. Um verdadeiro duelo de poder!

O poder exercido pelo irmão de Vida 2 vai ao encontro da lógica manicomial, caracterizada por um modelo disciplinar, pautado sobre as “normas” de boa conduta, ou seja, aqueles que transgridem e transbordam estas “normas” devem estar fora do território, precisam de intervenção imediata (Yasui, 2018).

Já a comunidade pertencente ao território de Vida 2 pode ter utilizado do poder do vínculo com o sujeito, das relações construídas ao longo do tempo, do entendimento que ele não é a doença e sim uma pessoa repleta de muitas características.

Nesse sentido, Amarante (2004) descreve:

O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. (Amarante, 2004, p. 65).

Para aquelas pessoas, Vida 2 é um sujeito pertencente àquele território, todos o conhecem. Essa é a representação do sujeito para aquela comunidade, ou seja, a doença psiquiátrica não anulou a história que Vida 2 construiu. Interessante também os vizinhos perceberem que no embate com o familiar, Vida 2 é a pessoa vulnerável e que precisa de proteção. Outro ponto interessante é que o senso comum, naquele momento, parece compreender que o melhor cuidado para um pertencente do território não é no hospital psiquiátrico.

2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Mediadora: “Refletindo sobre o caso de Vida 2, quais os pontos que vocês acham mais vulneráveis?”

Profissional E: *“Eu acredito que o fato de não fazer o tratamento adequado dos remédios e entrar em diversas crises, como agora, está de fazer pena!”*

Profissional C: *“Sempre foi assim, seguia o tratamento e quando estava bem, deixava de tomar e voltava tudo de novo!”*

Interessante perceber nas falas acima que a palavra “tratamento” parece ser sinônimo de medicação, como se o tratamento para uma pessoa com TM grave se limitasse ao uso de fármacos. Infelizmente, para muitos casos, é uma verdade! Os serviços de saúde mental ainda garantem a predominância do tratamento medicamentoso, por vezes, se reduzindo apenas ao uso dos psicotrópicos (Gonçalves, 2017).

Preciso trazer uma ressalva importante, tenho a sensação de que a clínica psicossocial está ausente nesse caso, em sua proposta original, ou mesmo desconhecida entre os profissionais de saúde. Pois, expressar constantemente: “medicação, “tratamento medicamentoso”, “não faz uso correto”, “não aceita a medicação”, “estratégias compulsórias para o uso dos fármacos”, reduz bastante a potência da clínica ampliada que se propõem em CAPS.

Dentre as atividades desenvolvidas nos CAPS, há um destaque especial aos trabalhos em grupo, em virtude do objetivo desses dispositivos de trabalharem no sentido da inclusão social. Os trabalhos em grupo comumente se dividem entre as oficinas e os grupos terapêuticos, que proporcionam o tratamento potente para o sujeito. Comumente, os grupos são pensados

como espaços de escuta clínica e formação de vínculos afetivos, enquanto as oficinas são percebidas como lugar de reabilitação, destacando-se a aquisição de habilidades expressivas, artísticas e laborais para inserção no mercado de trabalho e para socialização (Juca, 2010).

Na verdade, o discurso biomédico perpassa em todos os serviços de saúde na nossa cultura ocidental. Na psiquiatria, é urgente uma maior reflexão sobre o fenômeno da medicalização, visto que, segundo Freitas e Amarante (2015), ocorre uma força assustadora da indústria farmacêutica em união com a psiquiatria biológica no cenário de tratamento dos chamados transtornos mentais, sendo possível transformar qualquer experiência humana e/ou características intrínsecas das pessoas em diagnóstico de SM. Nesse sentido, o uso das medicações ocupam o eixo central do tratamento de uma pessoa com TM, conjuntamente com a valorização em categorizar pessoas nas condições de normais ou patológicas (Freitas, 2015).

Para tanto, cabem aos profissionais que atuam na saúde mental, usuários e familiares estarem atentos e alertas no propósito diário sobre o tratamento psicossocial na SM. Além de reconhecer que a medicalização é um fenômeno com forte poder biopolítico, deve-se se apropriar cada dia mais da lógica do cuidado em equipes multiprofissionais com valorização de ações no território; colocar sempre entre aspas o que é dito comprovado cientificamente ou mesmo nas “caixas diagnósticas” dos códigos indicados pela Classificação Internacional de Doenças (CID), entendendo que existem outros importantes recursos terapêuticos para cuidar de diversas experiências de vidas e inúmeras características humanas, além de, por fim, continuar firme no pedagógico, que se faz necessário, em luta antimanicomial (Freitas, 2015).

Mediadora: “Várias pessoas aqui trouxeram a questão de não seguir o tratamento, ouvimos o caso clínico também que trouxe esse elemento

fortemente. Alguém tem alguma hipótese dos motivos de Vida 2 não seguir esse tratamento proposto?”

Profissional **L**: *“Ele não segue porque não é do desejo dele! Inclusive ele já tentou, mostra que sabe, que precisa de algo, mas não dessa forma, talvez.”*

Profissional **B**: *“Usar os remédios para ele é o problema, ele não se sente bem, já falou!”*

Profissional **E**: *“Esses remédios, né, ele sabe um por um, já falou mesmo! Que se sente um robô!”*

O grupo reconhece o motivo de Vida 2 não seguir com o tratamento medicamentoso. As falas demonstram o quanto explícito ele deixa para os profissionais de saúde “o que não quer, o que não topa.” Por um lado, comemoro tamanha autonomia dessa pessoa, mesmo diante das suas dificuldades, por outro, entristeço-me, por perceber que a escuta necessária e ações voltadas para o desejo e cuidado de Vida 2 até o momento estão ausentes, ou seja, o tratamento picossocial não aparece como deveria. Prevalece, mais uma vez, a lógica manicomial, mesmo estando inserido para tratamento em dispositivos de saúde com base territorial como CAPS e USF.

Os CAPS no Brasil ainda não conseguiram implementar um novo modelo assistencial, que de fato substitua os manicômios, haja vista que reproduzem, ainda, práticas de cuidado hegemônicas, carregando os requícios da lógica manicomial, utilizando do domínio do profissional sobre a pessoa que precisa de tratamento psiquiátrico. Muitos profissionais que atuam em CAPS não conseguem atuar fomentando protagonismo para os usuários, tornando-

os ativos no processo de cuidado, sujeitos atuantes nos processos decisórios ou mesmo fazendo a gestão do serviço e de suas próprias vidas (Gonçalves, 2017).

Um número extenso de serviços de saúde que prestam atendimento para o SUS ainda funcionam reproduzindo a atenção ao cuidado centralizador e especializado, perpetuam um modelo centrado na doença e enfraquecem a construção de espaços que fomentem o saber horizontalizados e produtores de autonomia para o sujeito. Além, há evidências de desafios na comunicação entre os profissionais e os usuários, indicando processos que ainda constroem o protagonismo e favorecem a manutenção da histórica passividade dos “pacientes” (Vasconcelos, 2013).

Dessa maneira, já consigo responder à pergunta sobre o porquê alguns profissionais ficam desconfortáveis diante um usuário do SUS, sendo este conhecedor das medicações e patologias, questionador e ativo no seu processo de cuidado. O profissional não está preparado! Afirmando aqui a urgência de pesquisas, de práticas de trabalhos, encontros profissionais, capacitações sobre o tema da Clínica Ampliada. Não se pode, ainda hoje, se perpetuar um modelo de atenção à saúde sob a ótica da tutela e do assujeitamento.

O cuidar da saúde em Clínica Ampliada pressupõe encontros dialógicos, cujo estabelecimento de relações subjetivas entre usuários e profissionais de saúde parte do reconhecimento mútuo de saberes, expectativas e desejos. Um trabalho norteado no fortalecimento das potências dos sujeitos para o enfrentamento da vida com o máximo de autonomia possível (Feuerwerker, 2018).

Mediadora: “Vocês percebem que conhecem muito de Vida 2? Quando trouxeram os argumentos dele sobre a negativa das medicações, por exemplo.”

Profissional **G**: *“Ele realmente é um caso à parte, todos os dias está aqui na unidade, entra e saí, estando em crise ou não, conversa, participa de tudo! Deixa claro mesmo o que precisa, o que não quer, quando falamos que ele precisa ir no CAPS, ele diz que não precisa, que não precisa de remédio e se curou”*

Profissional **F**: *“Conhecemos mesmo (risos) ... Ele até trabalha aqui (risos). Olhe ele, chega de manhã, organiza a fila da farmácia, dá informações da unidade, conserta coisas e tudo”.*

Profissional **C**: *“Eu concordo que conhecemos todo o funcionamento dele, tem bom vínculo e tudo, a questão é, o que fazer com isso? Ficamos rodando em círculos com esse caso”.*

Veja, o grupo confirma algo extraordinário que acontece nessa relação entre os profissionais e o usuário: o vínculo! A conotação desse termo surge tanto como dispositivo de atenção integral à saúde ou como instrumento de trabalho relacional ou mesmo como “tecnologia leve” (caracterizada por Merhy em 2005). Independente do uso desse termo em qual função seja: ferramenta, dispositivo ou tecnologia, é um recurso terapêutico! Segundo Campos (2002), afirma, inclusive, que o vínculo é um dos meios para prática de uma clínica de qualidade. O termo indica interdependência, dessa forma colabora para nosso pensar:

A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quando da equipe. Do lado do paciente, somente constituir-se-á vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela

procurados. O vínculo começa quando estes dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando destes pedidos de socorro (Campos, 2002, p. 02).

Desse modo, acredito que Vida 2 pede ajuda se colocando disponível para que o “outro lado”, digo, profissionais e equipe, consigam realizar um movimento de igual proporção. Este processo não é algo simples:

Depende de disposição, mas também de conhecimentos sobre a inter-relação entre pessoas que necessitam de ajuda e a equipe com recursos para intervir. É importante discutir as dificuldades em responsabilizar-se pela saúde dos outros, bem como a de encarregar-se da construção de projetos terapêuticos e do acompanhamento sistemático de casos singulares. Encarregar-se do seguimento de pessoas concretas, com nome, sobrenome, não é tarefa simples (Campos, 2002, p.02).

Preciso retornar a fala da participante C, quando pergunta ao GF e a si mesmo: “*o que fazer com isso?*” Nesse momento, percebo a aflição do participante frente a um grande desafio. Temos até aqui a concordância do grupo sobre Vida 2: ser sujeito ativo no seu cuidado de saúde, ser incisivo no assunto medicação, até onde aceita utilizar e o que não pretende fazer uso, inclusive, deixa claro o entendimento sobre os efeitos colaterais que apresenta no seu corpo e ser disponível para formação de vínculo com as equipes de saúde.

Mediadora: “Posso mudar sua pergunta? Para o grupo todo, o que não fazer diante esse caso de Vida 2?”

Profissional **B**: “*Para mim está claro desde o dia que o pessoal pediu para fazer a injeção dele como se fosse anestesia, ele não voltou mais para o*

tratamento dentário. Ele não deve ser enganado, gente! Ele conhece os efeitos colaterais, foi enganado, perdeu a confiança em mim”.

Profissional C: *“Esse negócio de enganar ele é complicado. Lá no CAPS foi assim também, começou topando usar medicação para dormir, quando a médica colocou outra e a mãe dava escondido, não quis mais ir no CAPS. Pensando aqui que não podemos insistir nisso!”*

Profissional A: *“Foi eu que pedi para fazer a injeção, tinha falado com o CAPS e o médico daqui prescreveu, ele ficou bem por um tempo, mas não dá para ter continuidade, então não adianta dessa forma!”*

As falas dos profissionais demonstraram algumas ações realizadas pelas equipes de saúde que foram centradas na administração da medicação de maneira compulsória e escondida. Estas ações realizadas foram descritas pelo grupo como não exitosas, ora porque houve perda de vínculo do usuário com os profissionais envolvidos, ora porque não foi possível dar continuidade à ação de administrar medicações impostas. Sobre a perda do vínculo, não sabemos, ao certo, se houve uma ruptura definitiva, visto que Vida 2 continuava se fazendo presente e participando de algum modo das equipes. Contudo, se manteve esquivo às manobras que poderiam trair seus desejos e sua confiança na equipe. Em relação à longitude desse “tratamento”, de certo, não poderia avançar muito, visto a fantástica característica perspicaz de Vida 2. Acredito na hipótese que sabiamente Vida 2, a fim de não romper o vínculo com a equipe, se reposicionou como profissional, dessa forma deixará de ser passivo às ações compulsórias da equipe e familiares e tornava-se, cada dia, mais próximo dos profissionais que estimava, sem, contudo, ser posicionado como um paciente que poderia ser enganado e não escutado em sua singularidade e seus desejos.

3 ARTICULAÇÕES E MATRICIAMENTO

Mediadora: “Gostaria de ouvir vocês sobre as articulações e ações de matriciamento entre as equipes aqui presentes.”

Profissional A: *“Rapaz, esse caso de Vida 2, foi o caso que abriu para eu conhecer mais o trabalho do CAPS, acredita? Aí eu comecei discutir tudo que é caso de saúde mental com as meninas (risos). Fizemos muitos contatos sobre Vida 2, já temos intimidade”*

Profissional C: *“Já fizemos visitas juntos, a ACS já levou a gente atrás dele na casa de um parente, direto estamos na unidade falando dele e de toda família dele”.*

Profissional F: *“Olhe que a casa dele não está no meu mapa de cobertura, mas decidi incluir e ser a ACS, pois percebi que precisa!”*

Profissional D: *“Já nos reunimos antes, aqui, já trouxemos as medicações dele para cá, quando ele passou a não ir mais o CAPS, passamos a fazer escuta dele aqui, já somos de casa (risos)”.*

As técnicas de referências do CAPS II do caso de Vida 2 e a equipe USF possuem um excelente vínculo, boa comunicação entre estes atores, interesse no cuidado de Vida 2, responsabilidade e co-responsabilidade em todo processo da assistência. Além de viabilizarem ações que “ultrapassariam” as “normas” do serviço, como a área territorial adscrita não ser coberta por ACS e ainda sim ter essa profissional ACS disponível, foram criados espaços de reuniões constantes, com muitos profissionais da equipe para discutir o caso, mesmo a equipe

sendo atravessada pela rotina da produtividade da assistência curativista (ainda em vigor no cenário brasileiro), e pela responsabilização pelas medicações, quando a prática de muitas unidades é que seja papel apenas do CAPS.

A aposta das equipes descritas no caso de Vida 2 revela a potencialidade para criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento. Mesmo sendo este caso exigente de melhores estratégias ou condições de cuidado, observa-se uma melhora na assistência, com resultados favoráveis em relação à RAPS, visto o trabalho coletivo ser operante, de fato como está indicada nos preceitos da Clínica Ampliada. Pode dizer que é realizado o processo de implementação do Apoio Matricial (AM), que articula a rede de serviços substitutivos e as Unidades de Saúde da Família/USF. As discussões acerca do AM vêm avançando gradativamente para o cuidado integrado (Castro, 2010).

O AM não somente estará presente no caso de Vida 2, mas essa experiência vivenciada entre as equipes aponta para a capacidade progressiva sobre a realização de atendimentos de casos de sofrimento mental mais simples pela própria USF, encaminhando mais qualificadamente os casos mais complexos para os CAPS, ou seja, aqueles com maior gravidade ou complexidade. Outra harmonia importante do AM refere-se à percepção dos profissionais das USFs sobre a disponibilidade e utilização do CAPS, contrapondo-se a intervenções duras, como internamentos em hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, também é capaz de proporcionar maior segurança na condução dos casos de transtornos mentais, mudança nas relações profissionais e usuários, a partir do manejo do vínculo, e aumento da flexibilidade nas possibilidades de intervenções (Amaral, 2018).

4 CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Todos os participantes do GF estavam ansiosos para produzirem coletivamente novos rumos estratégicos de cuidado para Vida 2.

Mediadora: “Diante de tudo que foi apresentado aqui, como podemos pensar nesse PTS?”

Profissional **B**: *“Tenho certeza que temos que garantir a autonomia que ele tanto busca em nós”*

Profissional **G**: *“Interessante seria se a psiquiatra do CAPS também tivesse aqui, porque essa questão da medicação é um nó crítico. Veja, ele até responde bem às medicações, aceita algumas e outras não, precisa rever.”*

Profissional **C**: *“Eu concordo com isso”*.

Profissional **H**: *“Ele precisa ser mais envolvido em tudo isso aqui”*.

Profissional **L**: *“É, gente, fica para o aprendizado e clareza que nenhuma estratégia pode ser feita sem ele aqui, conosco, pensando junto, aceitando ou não”*.

Os profissionais entenderam ali que, diante os movimentos de Vida 2 e o aprendizado sobre autonomia do sujeito, liberdade e afins, era essencial ao cuidado a presença e participação ativa da pessoa em sofrimento mental na pactuação e planejamento de seu plano de cuidados. A palavra autonomia é originada do grego para designar a capacidade de um indivíduo de se autodeterminar, é a faculdade de se governar a si mesmo. O que apareceu nas falas dos participantes presentes, foi a necessidade de se reconhecer a autonomia de vida 2, ora desconsiderada!

A reflexão sobre o respeito à autonomia da pessoa que sofre com transtorno mental grave é um assunto que ainda exige muito trabalho, pois precisa debruçar-se sobre os limites da autonomia e a questão do poder de decisão dos profissionais. Muitas vezes, os profissionais não acreditam na capacidade de responsabilização e compreensão dos usuários acerca das direções e objetivos do tratamento e reproduzem uma concepção ancorada no antigo paradigma manicomial que enxerga os usuários como imprevisíveis, incuráveis e perigosos, sustentando a ideia de que a pessoa em sofrimento mental grave não é capaz de ser resolutiva, de se manter viva e feliz em outras possibilidades de vida. Desse modo, seguem uma tendência a perseguir padrões normativos de vida, buscando estratégias terapêuticas que visem ortopedias mentais e acabam por desrespeitar a divergência como forma de existência, onde não faz sentido buscar a cura ou a normalidade humana convencional (Santos, 2000).

Proposta de PTS realizado em papel metro durante o GF:

Problemas Encontrados/Vulnerabilidades de VIDA1	Ações	Atores/Responsáveis	Prazo	Reavaliação
1. Garantir a autonomia do sujeito, retomando a confiança na equipe e assegurar a permanência do usuário no seu processo de cuidado. Dentre, algumas propostas de cuidado que poderão serem geradas no	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar previamente Vida 2, para ter informações se ele tem o desejo de estar presente na reunião/construção de PTS. Assim como, se deseja convidar algum familiar para esse momento; 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnico de Referência CAPS II; • Gerente da USF, 	Imediato	Quinzenal

<p>momento, a autonomia da escolha sobre a medicação em uso será prioridade!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caso positivo: Agendar encontro/reunião de estudo do caso/ PTS com todos aqui presentes e a presença de VIDA 2 e a possibilidade de algum familiar. • Garantir a presença da psiquiatra do CAPS na discussão e outros membros da equipe, que tenham vínculo com o mesmo (como as profissionais que realizam a oficina de arte que o usuário participava). 	<ul style="list-style-type: none"> • TR e Gerente CAPS II; 		
--	---	---	--	--

Quadro 3: Construção do PTS de Vida 2

A equipe resolve realizar nesse momento um PTS de baixa exigência, onde o foco está em envolver Vida 2 no seu cuidado e retomar a autonomia.

5 DESAFIOS DO CASO

Mediadora: “Turma, então quem pode falar sobre os desafios desse caso?”

Profissional **B**: “*Para mim, é a minha própria reavaliação enquanto pessoa e profissional, despir a minha posição de poder ou ordem e deixar o paciente ser ativo no seu querer*”.

Profissional **C**: *“Eu acredito que os investimentos no CAPS foram importantes, mas alguns desastrosos. Então o desafio está também nesse enxergar o que de fato pede o sujeito e não impor coisas.”*

Profissional **G**: *“Eu, como médico, é bem complicado, ver a crise, pessoas chegam na minha porta dizendo que ele está causando lá fora, e eu fico com uma sobrecarga de tipo precever alguma coisa, por ser médico, é o que todos esperam!”*

O desafio da desconstrução é inerente a todos nós, acredito ser algo processual e bastante singular do ser humano. Visto que os profissionais não estão alheios às influências sociais, ao contrário, estão imersos na autoridade, por exemplo, e na incorporação do saber profissional diante do “paciente”. Estamos caminhando nessa desconstrução dos nossos próprios limites, por vezes, rígidos. Confirma-se esse pensamento, quando se fala do campo da ciência que é movido pela obtenção do monopólio da competência científica e do poder, colocando o “outro” então paciente em posição de dominação. Este campo científico impõe limites em algumas relações, dentre elas, profissional-paciente (Minayo, 1997).

5.2 PRODUTOS

5.2.1 Produto 1: Grupo de Trabalho Permanente em matriamento

A formação de um grupo de trabalho permanente em matriciamento entre os profissionais das unidades da RAPS USFs e CAPSII do Distrito Costa-Camaçari Ba surge fortemente logo após a realização dos grupos focais realizados. Os participantes entenderam que possuir um espaço assegurado para encontros permanentes entre os profissionais da USF e CAPS II para discussão dos casos, elaboração de PTS e avaliação desses projetos é garantir o envolvimento de todos os atores no processo de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico intenso.

A formação de um Grupo de Trabalho permanente e estruturado, terá como tarefa pensar a respeito dos casos desafiadores que envolvem a saúde mental e elaborar conjuntamente os PTSs dessas pessoas em sofrimento psíquico intenso. Os atores envolvidos teriam de se relacionar de forma cíclica no contexto de um objetivo definido, ou seja, qualificar o planejamento de cuidado dessas pessoas. Segundo Tuckett e David (2010, p. 15):

O Grupo de Trabalho é um grupo de colegas oriundos de diversas tradições e de sociedades diferentes dispostos a se comprometer com o trabalho. A ideia é aproveitar as diferenças. Os Grupos de Trabalho desenvolvem objetivos e metodologias decididos de comum acordo – metodologias consideradas adequadas para o problema que o Grupo de Trabalho se propôs a debater.

Grupo de trabalho permanente para elaboração do projeto terapêutico singular para pessoas em sofrimento mental grave

Apresentação

Trata-se de um projeto que adveio como produto final da dissertação de mestrado cujo o título é “Rede de Atenção Psicossocial: Planejamento do cuidado integrado para Pessoas em Sofrimento Psíquico Intenso” do Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde (PPGPIS), da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). A pesquisa foi realizada entre o equipamento estratégico da RAPS (CAPS II) e Unidades de Saúde da Família (USF) do distrito sanitário da costa no município de Camaçari-BA. Tem como objetivos específicos (1) identificar as lacunas existentes para a elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular entre o CAPS II e as ESF das pessoas com transtornos graves de Camaçari/BA e (2) qualificar o processo de trabalho entre o CAPS II e as ESF para planejamento de cuidado integrado a pessoa com sofrimento mental Camaçari/Ba.

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental brasileira deslumbrou muitas conquistas ao longo de mais de 30 anos desde a Lei nº 10.216/2001. O ministério da Saúde investiu a partir do ano de 2011, de maneira racional e organizada, no desenvolvimento de pesquisas e treinamentos na área de saúde mental, aberturas de novos CAPS e outros serviços componentes da Rede de atenção psicossocial (RAPS) em todo território nacional, além da criação de fluxos e protocolos com a proposta de interligar as ações de todos os dispositivos da RAPS na lógica da Clínica Ampliada. No ano de 2015 percebe-se progressos importantes em relação ao crescimento numérico dos componentes de cuidado da RAPS com caráter comunitário, integração entre estes serviços e a

maior articulação de rede. Mesmo obtendo um sistema ainda subfinanciado e precisando de melhorias na atenção primária da saúde, consegue-se práticas integrativas de cuidado, ações matriciais e ampliação das equipes multiprofissionais (Campos, 2019).

No entanto, no ano de 2017, a rede psicossocial já cronicamente subfinanciada pelo SUS, sofreu outros cruéis cortes no financiamento das ações, assim como, retrocessos no âmbito racional sobre “se pensar” saúde mental. A Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 resgata e valoriza as intervenções biomédicas sobre as práticas psicossociais, financiamento para as comunidades terapêuticas, ou seja, o culto a restauração das práticas de isolamento e de desrespeito as liberdades individuais e autoriza o aumento do valor sobre os leitos em hospitais psiquiátricos, na contramão de todas as recomendações internacionais e de todo o processo de luta do Brasil da Reforma Psiquiátrica (Campos, 2019).

Diante de tantos enfrentamentos históricos sobre a lógica de cuidar em liberdade, se faz necessário nos debruçarmos em prol do cumprimento e melhoria da política de saúde mental brasileira, através de refinamentos nas práticas de cuidado da pessoa com sofrimento mental intenso. Acredito que o trabalho em clínica ampliada é uma das formas de qualificar a maneira de intervir na saúde das pessoas, alterar a prática de cuidado, ampliando o objeto de estudo, evitando a atenção fragmentada e as ações isoladas de cuidado, favorecendo a comunicação interequipes de saúde, apostando na pluralidade de conhecimentos trazidos pelas equipes multiprofissionais, assim como, na inserção do sujeito como participante ativo no seu processo de cuidado (Cohen, 2018).

Desse modo, pode utilizar-se do dispositivo do Matriciamento proposto pela Clínica Ampliada e propiciar aos profissionais maior confiança e segurança nos manejos para saúde mental. Trata-se de possuir apoio tanto na dimensão assistencial, como o suporte técnico

pedagógico para a equipe (Campos, 2015). Ilustra um avanço ainda maior na construção do cuidado para a pessoa em sofrimento mental o uso da ferramenta Projeto Terapêutico Singular (PTS), pois trata-se de um plano de cuidado elaborado especificamente para aquele sujeito, que ressalta as necessidades humanas comprometidas e suas complexidades no contexto de seu território (Silva, 2016).

O PTS é uma estratégia que sistematiza o cuidado e que se constrói com o sujeito e a equipe de saúde um cuidado singularizado, garante a autonomia do sujeito, organiza o processo de trabalho e fortalece o trabalho interdisciplinar. Desse modo, o PTS garante a ampliação da clínica. Devido primar-se pela autonomia do sujeito e valoriza a inserção de todos os atores envolvidos nos processos de cuidado, o PTS torna-se um recurso importante para a estratégia de cuidado da ESF. (Silva, 2016, p. 5).

Interessante perceber como distintos serviços de saúde utilizam o PTS para a construção do cuidado planejado. Na atenção primária de saúde, nas Unidades de Saúde da Família (USFs), o PTS apresenta-se como instrumento utilizado, principalmente, para casos complexos, a fim de realizar a organização do cuidado. Haja visto que muitos desses casos irão exigir, também, soluções complexas e revelar a necessidade de considerar questões transversais na produção de saúde, compreendendo um conjunto de propostas de condutas terapêuticas que exige articulação entre diferentes profissionais, tal articulação e trabalho em equipe, o PTS possibilita a efetiva colaboração entre profissionais e a melhoria nos resultados do cuidado integral em saúde (Brasil, 2014).

Dessa maneira, o PTS é elaborado segundo as necessidades de cada serviço, de cada paciente, importando seu modo particular de compreender a vida, construindo-se numa articulação democrática e horizontal a partir da tríade: trabalhadores/usuários/famílias. O foco

é na atenção centrada no sujeito individual/coletivo, havendo corresponsabilização nos objetivos, cabendo aos profissionais o desenvolvimento de escuta qualificada, acolhimento, formação de vínculo e acompanhamento.

Conhecendo a importância do planejamento, da execução e gestão do plano de cuidado para as pessoas em sofrimento mental grave, estes que são usuários matriculados tanto nas USFs como no CAPS II, a circulação e o compartilhamento de ações se faz essencial para o cuidado. Portanto, garantir um grupo de trabalho permanente em matriciamento é de total relevância para fomentar o cuidado compartilhado pelos princípios da responsabilização e corresponsabilização da Clínica Ampliada.

Contudo, até o presente momento, no Município de Camaçari-BA, especificamente, o Distrito Sanitário da Costa, onde foi realizada a pesquisa entre os dois componentes importantes da RAPS: CAPS II e USFs, não foi evidenciado a prática profissional da elaboração conjunta de PTS. Existem entre os serviços as articulações no âmbito do Matriciamento como: visitas domiciliares conjuntas, ações sob a ótica da saúde mental e bem-estar, discussões de casos clínicos pontuais.

A proposta apresentada nesse projeto é avançar a partir do plano de Diretriz de Matriciamento de Saúde Mental do município de Camaçari Bahia (2019), o documento norteador do matriciamento em saúde mental do município, pois apresenta um conjunto de orientações para a organização do apoio matricial entre a equipe matriciadora e os demais pontos de atenção desta rede.

Dentre outras atribuições contidas nas Diretrizes do município de Camaçari, é oferecida ênfase para a elaboração do projeto terapêutico singular (PTS) como eixo central do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, atentando-se para a participação ativa do usuário na

construção e quando possível articulado com outros pontos da rede, ressaltando a importância de incluir estratégias de reabilitação psicossocial. O documento também discorre sobre as atribuições de todos os pontos da RAPS, perpassando sobre as diretrizes singulares da Gestão aponta em favorecer a participação dos profissionais nos espaços de Matriciamento, promover os espaços, disponibilizar recursos para a execução das ações de Matriciamento, assegurar o apoio institucional. Sobre as diretrizes singulares da educação permanente estão: a inclusão do tema Matriciamento nos espaços de educação permanente, qualificação dos atores envolvidos, na elaboração e apoio de cursos de formação que fomentem processos de educação permanente (Sesau, 2019).

2. OBJETIVO GERAL

Proporcionar grupos de trabalho permanente com a presença de profissionais das USFs da Costa, CAPS II e a pessoa com sofrimento mental grave para elaboração e avaliação de PTS de pessoas com sofrimento mental grave.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Oportunizar um espaço de escuta, levantamento do diagnóstico situacional de cada caso, compartilhamento de ações, responsabilização e corresponsabilização entre os participantes;
- Direcionar as necessidades encontradas em cada caso clínico a uma estratégia de cuidado pensada e manejada por todos os atores envolvidos;
- Garantir a participação da pessoa com sofrimento mental grave no seu plano de cuidado.

- Fortalecer a implantação/efetivação das políticas públicas de saúde voltadas para as pessoas em sofrimento mental grave.

3. METODOLOGIA

Variadas metodologias de trabalho serão empregadas em cada etapa do projeto. O trabalho deverá ser dividido em fases técnicas específicas, que são:

1ª fase: Apresentação do projeto para a Coordenação de Saúde Mental e o Secretário de saúde do município de Camaçari-Ba;

2º fase: Através da planilha compartilhada entre as USFs e o CAPS II, será realizado o levantamento das pessoas matriculadas no CAPS II e em cada USFs do DS Costa. Estas pessoas serão hierarquizadas conforme a gravidade psicossocial apresentada no momento da matrícula no CAPS II, através do Técnico de Referência responsável pelo usuário.

3ª fase: Os TRs que compõem cada região de saúde irão elaborar uma planilha contendo uma lista com os dados das pessoas com sofrimento mental grave (hierarquizada por grau de sofrimento de acordo com o número de necessidades humanas afetadas);

4ª fase: A planilha realizada por região de saúde será compartilhada com as USF responsáveis, contendo data provável para o encontro do grupo para execução do PTS de cada usuário;

5 fase: Realização de encontro mensal entre técnicos de referência de cada Região de Saúde do Distrito Costa- Camaçari Ba para discussão dos casos selecionados, construção e avaliação de PTS.

4 PLANO DE TRABALHO

Ações a serem desenvolvidas	Início	Final	Responsável	Recurso	Orçamento
1. Reunião com os envolvidos (USF, CAPS II), será oportunizado o horário de reuniões das equipes para apresentação do projeto. Nesse momento através da metodologia ativa, verificar o nível de conhecimento sobre construção de PTS.	02/09/2024	04/10/2024	Coordenadora da Saúde do município de Camaçari-Ba; Coordenação da atenção primária Gerente CAPSII	Espaço físico adequado Data show; Papel, Canetas; Lanche Liberação de Carga horária.	R\$ 100,00
2. #Realizar oficinas para cada região de saúde separadamente, sobre realização de PTS, utilizando casos reais. # Demonstrar o uso da planilha compartilhada no Google Drive; PS: obter no final de cada oficina o retorno sobre essa experiência.	14/10/2024	15/11/2024	#Coordenadora da Saúde Mental do município de Camaçari-Ba e Prof. Dr ^a Milena Lisboa (EscolaBahiana de Medicina e Saúde Pública); #Gerente CAPSII	Espaço, Auditório, Computador, Data Show, Papel de Ofício, Certificado, Canetas, Lanche/água, Liberação de Carga Horária.	R600,00
3. Monitorar a alimentação da Planilha de PTS no Google compartilhada.	A partir 15/11/2024		Gerente CAPSII Gerente das USFs Apoiadoras das Regiões de Saúde DS Costa.	Computador	_____
4. Realizar calendário de encontros mensais. Para cada Região de Saúde.	18/11/2024	25/11/2024	Gerente CAPSII Gerente USF Técnicos de Referencia Apoiadoras de cada região.	Computador Espaço Físico	R\$ 0,00

5. Avaliação dos Grupos de Trabalho. 20/03/2025 08/04/2025 Condenadora de Saúde Mental; Coordenação da atenção primária; Gerente CAPSII; Gerente USF; Técnicos de Referencia; Apoiadoras de cada região.

Total Geral R\$700,00
 Quadro 4: Planejamento de trabalho produto 1

5 RESULTADOS ESPERADOS

Almeja-se através do grupo permanente de matricimento:

- Garantir espaço de aprendizado, discussão de casos e acolhimento para os profissionais com preservação da agenda de trabalho para essa finalidade;
- Organizar uma periodicidade dos encontros entre os profissionais do CAPS II e as equipes de cada região de saúde. Dessa forma de rodízio, todas as três regiões de saúde teriam um encontro mensal com a equipe do CAPS II;
- Garantir maior articulação entre os profissionais nas USFs e do CAPSII, entendendo que os serviços são responsáveis e co-responsáveis sobre o cuidado à saúde mental da comunidade;
- Fortalecer discussões ricas, com maior assertividade nas ações propostas, afim de fortalecer o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico graves, fortalecendo estratégias de cuidado de cunho mais psicossocial e menos medicamentoso;
- Dividir as ações decididas, trazendo maior resolutividade estratégica nos casos;
- Fomentar o aprendizado mútuo entre as equipes, acreditando que todas as experiências são acolhidas e assertivas para cada caso exposto de forma singular;
- Fomentar estratégias conjuntas que venham valorizar o território do sujeito e seus vínculos afetivos e familiares;
- Envolver a coordenação de Saúde Mental do municipal nos casos discutidos, a fim de garantir recursos que venham agregar as estratégias psicossociais;

- Estudar em grupo os casos mais complexos e participar à coordenação de saúde mental, a fim de ampliar o repertório de cuidado, envolvendo outros atores da RAPS, quando necessário;
- Fortalecer a política em saúde mental, através da vivência dos profissionais, usuários e familiares.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. (2014) Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, nº 39).

Cohen, M. C. (2018). Escutando o Matriciamento. Caminho para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS? Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Doi: 10.11606/D.47.2018.tde-14112018-111216.

Marchesan, R. Q., & Ferrer, A. L. (2016). A terapêutica em um centro de atenção Psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”. Saúde (Santa Maria), 42 (2), 137–148. <https://doi.org/10.5902/2236583421662>

Campos, O. R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cadernos de Saúde Pública, 35(11), e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>

5.2.2 PRODUTO 2: Planilha compartilhada para elaboração de cuidado conjunto entre USFs e CAPS II

A idealização de uma planilha de informações sobre as pessoas com sofrimento mental que são matriculadas tanto no CAPS II e na USF do seu território adveio dos participantes do grupo focal 1. Uma participante trouxe o fato de não utilizarmos o mesmo prontuário eletrônico, como fator muito negativo para o compartilhamento de informações e conseqüentemente elaboração de cuidado. Outro participante do mesmo grupo acrescentou que, muitas vezes, não tem o conhecimento que tal pessoa faz tratamento no CAPS II, dessa forma, ocorre uma fragmentação importante nas ações destinadas à saúde integral do sujeito.

Na minha prática de trabalho no CAPS II, percebo, também, esse desencontro com frequência, haja visto, que a grande maioria dos usuários que participam do acolhimento, chegam sem referência da USF ou dizem que consideraram ir direto ao acolhimento no CAPSII, através de demanda espontânea – porta aberta –, logo, muitas vezes a própria USF desconhece a procura da pessoa pelo CAPS, até mesmo aquele que já está matriculado. Essa questão perpassa por muitas outras como: cobertura da área pelos agentes comunitários e qualidade das informações obtidas nesse território, elaboração de fichas de referência e contra referência, etc.

Essa planilha compartilhada tem como objetivos contribuir para a comunicação entre dois serviços essenciais da RAPS, o CAPS II e a USFs do DS da Costa do município de Camaçari-Ba, no que diz respeito aos usuários matriculados nestas unidades de saúde, assim como a junção de informações importantes sobre o caso, necessidades, troca de ideias, planos de cuidado. A planilha compartilhada pelo Microsoft Excel 365 Personal na plataforma Google Drive através do Gmail de todos os serviços inseridos na proposta surge como meio de

informação tecnológica, sendo considerada um recurso estratégico, enquanto não possuímos um prontuário eletrônico utilizado por toda a rede de saúde do município de Camaçari-Ba, sendo, talvez, mais íntima e mais intrínseca que o uso de um prontuário eletrônico, visto que a segurança das informações ficarão aos cuidados, apenas dos profissionais de saúde do CAPS II e dos profissionais de saúde das USFs do mesmo distrito e focados no mesmo objetivo. O uso das informações seria mais restrito do que o prontuário eletrônico do paciente, pois este, se implantado será de acesso a toda rede de saúde do município de Camaçari-BA.

Cabe um destaque ético sobre o compartilhamento de dados do usuário. Muitos recursos tecnológicos que beneficiam a prática clínica utilizados na saúde estão sujeitos a riscos na questão segurança dos dados e da confidencialidade das informações geradas. Por esta razão, a planilha compartilhada será de uso exclusivo de um grupo pequeno de serviços de saúde do DS-Costa, ou seja, terá acesso limitado e será avaliada com frequência pelos gerentes das unidades envolvidas e irá considerar o código de ética que rege todos os profissionais de saúde.

A confidencialidade e o respeito à privacidade constituem preceitos morais tradicionais das profissões de saúde, indicando o dever de guarda e reserva em relação aos dados de terceiro, a que se tem acesso em virtude do exercício da atividade laboral. Deles depende a base de confiança que deve nortear a relação profissional-usuário (Villas-Boas, 2015).

A planilha é no formato Excel e compartilhada no Google Drive no email de cada unidade participante. Essa tecnológica visa integrar a maioria das informações desejadas entre os serviços de saúde, compartilha práticas e dados comuns entre todos os serviços, além de produzir e acessar informações em tempo real. Esse tipo de sistema integrado de gestão é denominado ERP (Enterprise Resource Planning) e caracteriza-se basicamente por integrar

diferentes áreas da organização em uma única aplicação, ou seja, um único sistema (Hannah, 2009).

Dessa maneira, o uso da planilha citada pelos profissionais dos serviços CAPS II e USFs do DS Costa do município de Camaçari, aliada ao grupo de trabalho permanente, constituem produtos factíveis de serem realizados em prol da melhoria ao cuidado da pessoa com sofrimento mental. Constituem-se como tecnologias leves-leve duras, como estratégias de intervenções no campo da saúde. Esta forma de referência às tecnologias presentes no trabalho em saúde é apresentada por Mehry (2002). As tecnologias leve-duras são aquelas que convergem um saber coletivo, que tende a direcionar o trabalho em grupo, são as regras, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, o saber administrativo que envolve a clínica, é um trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo de fato, no momento, em movimento. Condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. O processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras tecnologias conferem para saúde um grande encontro de saberes, encontro entre os profissionais, encontro com os usuários. (Ferri, 2007).

A planilha é composta das seguintes informações organizadas em colunas específicas:

A) Dados Pessoas do usuário composta de: número do PEP (Prontuário eletrônico do município), nome, data de nascimento e contato telefônico;

A) DADOS PESSOAIS DO USUÁRIO			
PEP municipal	Nome	Data de nascimento (DD/MM/AAAA)	Contato/fone (DDD ####-####)

Foto da coluna Dados Pessoais.

B) Coluna Informações do CAPSII composta de: Data de admissão no CAPS II, suspeita diagnóstica primária e secundário (CID), PTS proposto pelo CAPS II, e o técnico de referência do usuário mencionado;

B) INFORMAÇÕES DO CAPS II				
Data de Admissão no CAPS (DD/MM/AAAA)	SD CID primário (F## ou F##.#)	SD CID secundário se houver (F## ou F##.#)	PTS proposto pelo CAPS (DD/MM/AAAA: Texto corrido)	Técnico de Referência
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Foto da coluna Informações do CAPS II

C) Coluna Informações da USF composta de: equipe de referência, ACS, necessidades de Saúde, PTS proposto;

C) INFORMAÇÕES DA USF			
Equipe de referência	ACS	Necessidades de saúde	PTS proposto pelo USF (DD/MM/AAAA: Texto corrido)

Foto da coluna Informações da USF

D) Coluna de Cuidado integrado entre os dois serviços, contendo as seguintes informações: agenda com data e horário para discussão entre CAPS II e a USF, agenda com data e horário para realizações de visitas domiciliares conjuntas, agenda com data e hora para reuniões com outros dispositivos da RAPS (nesse item de múltipla escolha estão todos os serviços do município de Camaçari que constituem a rede);

D) CUIDADO INTEGRADO CAPS X USF: AÇÕES DE MATRICIAMENTO			
Agenda: Discussão entre equipes (DD/MM/AAAA ##:##h)	Agenda: Visita Domiciliar (DD/MM/AAAA ##:##h)	Agenda: Reuniões (DD/MM/AAAA ##:##h)	com outros dispositivos da RAPS (Selecionar um ou mais dispositivos)
			SAMU

Foto da coluna Cuidado integrado CAPS e USF: Ações de Matriciamento

E) Coluna cuidado integrado CAPS e USF: levantamento de problemas/necessidades considerando múltiplas dimensões da vida da pessoa com transtorno mental, com fragilidades (socioeconômicas, familiar, saúde, educação, lazer, religião/espiritualidade, autonomia).

Nesse momento o TR, o profissional do CAPS e a equipe irão descrever os problemas/necessidades observados pelo próprio usuário. Através das escutas, entrevista e acolhimento; o TR também irá descrever as necessidades que ele percebe como fragilidades na vida do sujeito, assim como a equipe de referência da USF irá identificar e alimentar a planilha sob sua ótica de necessidades observadas no contexto de vida da pessoa. Após este levantamento realizado, através de uma tríade de olhares, posteriormente segue para seleção dos problemas/ necessidades mais prioritários, factíveis e utilizando a concepção da dignidade humana e riscos à saúde integral.

D) CUIDADO INTEGRADO CAPS X USF: LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS/NECESSIDADES (Considerar as dimensões social/econômica, familiar, saúde, território, Educação,lazer Religião/Espiritualidade e autonomia)			
Problemas apresentados pelo USUÁRIO (Texto corrido)	Problemas apresentados pelo CAPS (Texto corrido)	Problemas apresentados pelo USF (Texto corrido)	PROBLEMAS SELECIONADOS (Disponível em texto corrido por ordem prioridade)

Ainda na coluna D, seguiremos com os problemas selecionados e diante de cada problema (utilizando a planilha em linhas horizontais, segue-se com as ações (podem ser

diversas ações para cada problema mencionado), atores envolvidos para cada ação apresentada, prazo para realização e avaliação de cada ação.

D) CUIDADO INTEGRADO CAPS X USF: AÇÕES E ARTICULAÇÕES																
Problema 1	Ações 1	Atores envolvidos 1	Prazo (Data) (DD/MM/AA AA)	Avaliação (Data) (DDMM/AAA A)	Problema 2	Ações 2	Atores envolvidos 2	Prazo (Data) (DDMM/AA AA)	Avaliação (Data) (DDMM/AA AA)	Problema 3	Ações 3	Atores envolvidos 3				

Foto da planilha Ações e articulações

A planilha contempla a alimentação de até 10 problemas/Necessidades para cada usuário e infinitas ações para cada problema mencionado pelos atores envolvidos na construção do PTS. A intenção é através da planilha conseguir visualizar os usuários matriculados nas duas unidades e realizar o planejamento do cuidado de cada um deles de maneira participativa, integrativa e corresponsável.

A avaliação e/ou qualquer outra etapa da construção das ações do PTS realizada de cada pessoa com transtorno mental grave será agendada na planilha de forma que se possa utilizar o espaço previamente garantido do Grupo de Trabalho Permanente.

1. PLANO DE TRABALHO

Ações a serem desenvolvidas	Início	Final	Responsável	Recurso	Orçamento
Apresentação do produto para a coordenação de saúde mental do município, coordenação da atenção primária, coordenação do DS Costa e Gerente de tecnologia do DS Costa.	10/09/24	_____	Gerente CAPS II.	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de Reunião no CAPS II; • Computador; • Data Show; • Internet • Papel. • Canetas 	Viabilidade presente no serviço CAPSII.
Workshop- para profissionais de cada região de saúde dp	15/10/24 Manhã/Ta rde	29/10/24 Manhã/Ta rde	Gerente CAPS II e Gerente de tecnologia do DS Costa.	Auditório localizado em cada região de saúde; Computador; Data Show,	R\$ 1000,00

				Bloco de anotações, Papel; Caneta; <i>Coffee Break.</i>	
Bloqueio da agenda dos profissionais das unidades. Sugestão que cada unidade divida os profissionais em dois turnos. Sendo um turno de trabalho normal e outro para o Workshop, garantindo o funcionamento do serviço.	Realizar o bloqueio da agenda até 30 dias antes do evento.	-----	Gerentes de cada USF.	Informação prévia aos usuários de cada serviço, sobre a ausência dos profissionais no turno matriculado. Comunicação á critério de cada Gerente das USF.	Sem custo financeiro aparente.

TOTAL: R\$ 1000,00

2 RESULTADOS ESPERADOS

Imagina-se, com a implantação da planilha compartilhada entre os serviços CAPS II e USFs que:

- As unidades envolvidas reconheçam as pessoas em sofrimento mental nos seus territórios;
- Os profissionais de referência de cada unidade, onde vive a pessoa em sofrimento mental, possam dividir e completar informações importantes acerca da vida singular delas, favorecendo as articulações e ações de cuidado;

Os profissionais possam visualizar os pontos de fragilidades de cada pessoa com maior nitidez, de forma hierarquizada;

Realizem o PTS em conjunto, operacionalizando com maior eficácia as estratégias de cuidado, sendo possível acompanhar os desfechos, o caminhar, a movimentação de cada caso, propondo ou não novas intervenções;

- Proporcionar divisão de tarefas para todos os atores envolvidos, qualificando ainda mais a clínica ampliada;
- Trazer dados qualitativos e quantitativos sobre os assistidos e intervenções, o que reverbera em produtividade para a gestão do município.

3. REFERÊNCIAS

Ferri, S. M. N., Pereira, M. J. B., Mishima, S. M., Caccia-Bava, M. do C. G., & Almeida, M. C. P. de (2007). As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 515–529. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300009>.

Hannah, K. J.; Ball, J.M.; Edwards, M. J. A. 2009. Introdução à informática em enfermagem. 3a ed. Porto Alegre: Artmed.

Merhy, E. E. 2002. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.

Villas-Bôas, M. E. (2015). O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Revista Bioética*, 23(3), 513–523.<http://doi.org/10.1590/1983-80422015233088>

5.3 Artigo Científico - revisão integrativa de literatura

CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O CAPS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Milena Silva Lisboa
Marla Maria Bitencourt Pereira

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar as contribuições dos Projetos Terapêuticos Singulares a favor da qualidade de vida do indivíduo em sofrimento psíquico na atenção à saúde mental e as famílias assistidas no CAPS. Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura a partir de artigos publicados nas bases de dados Scielo (ScientificElectronicLibrary Online), BVS-PSI Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Base de Dados em Enfermagem (BDENF), utilizando-se dos seguintes Descritores em Ciências da saúde – (DeCS): Centros de Atenção Psicossocial, saúde mental, planejamento de assistência à saúde. Nos resultados evidenciou-se que as intervenções do PTS de cuidado com o sujeito e sua família necessitam de ações organizadas e planejadas pelos profissionais de saúde inseridos no contexto, ressaltando a importância da comunicação da equipe interdisciplinar e os seus saberes. Conclui-se uma fragilidade teórico-conceitual, provocando uma necessidade de que sejam realizadas novas pesquisas, buscando ampliar os estudos acerca da construção e intervenções do PTS no CAPS e a falta de comunicação com Unidades de Saúde da Família (USF) e, assim tentar compreender a complexidade do fenômeno por meio de recursos investigativos alinhados a teoria e prática.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial; Saúde mental; Planejamento de Assistência à saúde.

CONSTRUCTION OF A SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT (PTS) AND ITS CONTRIBUTIONS TO THE CAPS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

This article aims to analyze the contributions of Singular Therapeutic Projects in favor of the quality of life of individuals in psychological distress in mental health care and families assisted at CAPS. To this end, an integrative literature review was carried out based on articles published in the databases Scielo (ScientificElectronicLibrary Online), VHL-PSI Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil), and Latin American and Caribbean Literature in Sciences Health – Nursing Database (BDENF), using the following Health Sciences Descriptors – (DeCS): Psychosocial Care Centers, mental health, health care planning. The results showed that PTS care interventions for the subject and their family require organized and planned actions by health professionals inserted in the context, highlighting the importance of communication between the interdisciplinary team and their knowledge. A theoretical-conceptual fragility is concluded, causing a need for new research to be carried out, seeking to expand studies on the construction and interventions of the PTS in CAPS and the lack of communication with Family Health Units (USF) and, thus, trying to understand the complexity of the phenomenon through investigative resources aligned with theory and practice.

Keywords: Psychosocial Care Centers; Mental health; Health Care Planning.

1 INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pontua o respeito das vulnerabilidades enfrentadas pelo sujeito (Brasil, 2018) tendo em vista aspectos econômicos, culturais e principalmente sociais, alinhados às necessidades de estratégias e programas com a finalidade de ofertar cuidados que possam atender às demandas do indivíduo (Rodvalho & Pegoraro, 2016). Este cenário descreve a possibilidade de contribuir com a elaboração de intervenções de enfrentamento no contexto da vulnerabilidade diante da problemática da demanda em avaliação, promovendo orientação com um plano de ação conforme o ambiente em que o indivíduo está inserido (Brasil, 2018).

Historicamente, as pessoas com transtornos mentais viviam em uma sociedade preconceituosa, ficando à margem da sociedade e sem vínculos familiares. Primeiramente, perambulando pelas ruas e depois, ficavam à mercê da Santa Casa de Misericórdia. Em 1852 surgem os primeiros Hospícios, atualmente, Hospitais Psiquiátricos, sempre em condições subumanas. Com a Reforma Psiquiátrica, a situação dessas pessoas em estado de vulnerabilidade social começou a mudar e os profissionais de área de Saúde Mental foram à luta para uma sociedade antimanicomial.

Com o advento da Constituição de 1988, que garante direitos iguais a todos os cidadãos e o desenvolvimento de Políticas Públicas voltadas para essa demanda, foi promulgada a Lei Nº 10.216 de 2001, que preconiza garantir os direitos de pessoas com transtornos mentais de serem tratados preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental, direito à inserção na família, no trabalho e na comunidade (Grigolo, Garcia Jr, Peres & Rodrigues, 2014).

A família é a unidade de suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para estes em sofrimento mental, possui uma especial importância, pela necessidade de acompanhamento

e de cuidados. Neste contexto, a família é a entidade que preenche as necessidades emocionais e psicológicas (OMS, 2001).

Corroborar-se com o autor que o PTS possibilita ao usuário e a sua família atenção e acompanhamento com o propósito de atender às necessidades através das intervenções, disponibilizando acessibilidade aos serviços, comodidade, acolhimento, orientação, tratamento, autonomia, conduzindo e dando suporte de assistência à saúde (Diniz, 2012).

Dessa maneira, essa investigação traz o questionamento: Como os Projetos Terapêuticos Singulares podem contribuir na qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais e sua família no CAPS?

2 OBJETIVO

Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo analisar as contribuições relatadas na literatura científica em saúde acerca dos Projetos Terapêuticos Singulares e sua relação com a qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico na atenção à saúde mental e das famílias assistidas no CAPS.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa consiste no cumprimento das etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; categorização dos estudos; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa (Botelho, Cunha & Macedo, 2016).

Por tratar-se de revisão integrativa da literatura que tem a finalidade de agregar novos conhecimentos através dos resultados encontrados nos artigos científicos já publicados, a coleta de dados foi elaborada a partir da base de dados da Scielo (ScientificElectronicLibrary Online), BVS-PSI Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

A pesquisa elencou-se com o critério de inclusão com artigos em texto completo, em português, com período livre de restrição do ano de publicação que atendiam ao objetivo proposto da pesquisa. Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores dos Descritores em Ciências da saúde – (DeCS): Atenção primária de saúde, Saúde mental, Planejamento de Assistência ao Paciente.

Para a escolha dos artigos foram utilizados como critério de inclusão textos que tratam do tema em questão, com foco na pessoa em sofrimento psíquico. Os estudos foram determinados pelas etapas de seleção da amostra e análise dos dados. Primeiramente, foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos; leitura flutuante dos artigos na íntegra; e leitura exaustiva dos artigos selecionados para a revisão bibliográfica. A segunda etapa foi a análise propriamente dita, tendo sido explorado o conteúdo por meio de revisão crítica dos estudos. Por fim, na terceira etapa procedeu-se à descrição e discussão dos resultados obtidos conforme critérios de inclusão e exclusão.

Os autores dos artigos abordaram temáticas como transtornos mentais, acolhimento psicossocial, subjetividades e particularidade, vulnerabilidades que envolvem o CAPS na atenção básica de saúde, contexto familiar, social, econômico, e comunidade, desvendando a atuação dos profissionais de saúde que vem promovendo através das intervenções resultados satisfatórios para o indivíduo em tratamento, nos aspectos: cognitivos, emocionais e sociais.

Foram encontrados 60 artigos na busca e todos os artigos selecionados foram analisados. Dentre os artigos encontrados, 10 foram selecionados para a análise no presente estudo. Como critério de exclusão optou-se por não utilizar artigos incompletos, que não atendiam ao tema em questão e/ou duplicados.

Pontua-se que apesar das discussões encontradas sobre a temática as mesmas não apresentam exata profundidade sobre o tema, o que evidencia a necessidade de pesquisas mais ampliadas nesse contexto.

Por tratar-se de revisão integrativa da literatura que tem a finalidade de agregar novos conhecimentos através dos resultados encontrados nos artigos científicos já publicados, não houve a necessidade de solicitar a aprovação do Comitê de Ética, conforme as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, porém o autor se comprometeu a citar todas as fontes consultadas, evitando configurar plágio.

O fluxograma (**Figura 1**) mostra o caminho percorrido para a seleção das publicações.

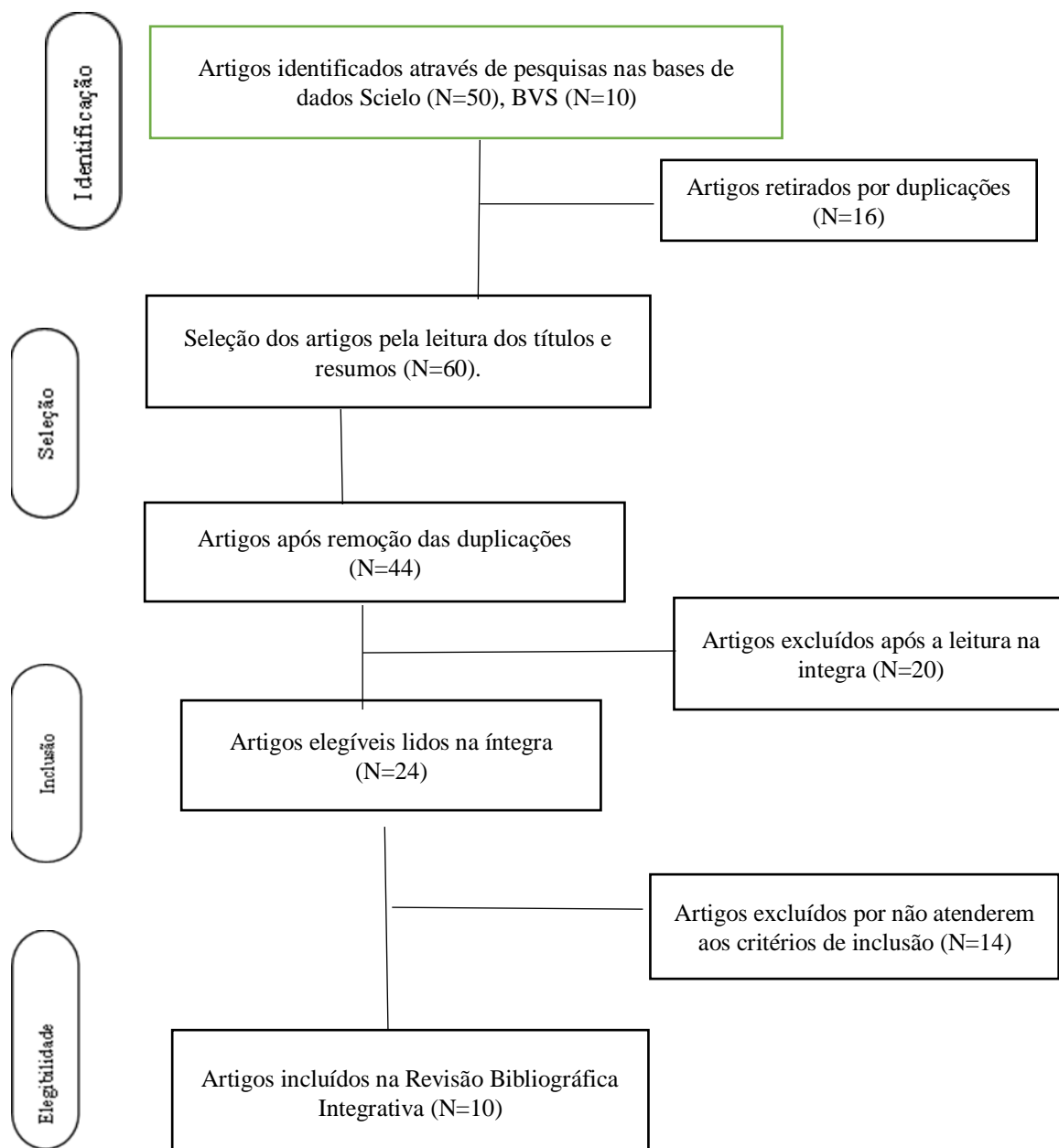


Figura 1- O fluxograma criado pela autora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos artigos

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 10 artigos que computaram a amostra final desse trabalho, conforme demonstrado no Quadro 1, destacando o autor, o ano de publicação e os principais resultados de cada artigo selecionado.

Neste contexto, os dados foram analisados, com a finalidade de obter o objetivo do tema da pesquisa. A triagem foi elaborada através da leitura crítica dos artigos selecionados, resultando na questão norteadora do trabalho.

Quadro 1. Relação dos artigos selecionados

Autor, ano.	Título do artigo	Objetivo	Principais resultados
Baptista et al, 2020.	Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa.	Analisar as características de PTS utilizados na assistência ao sujeito em sofrimento psíquico na atenção à saúde mental.	Destaca-se a pouca participação e corresponsabilidade entre equipe/usuário na elaboração dos PTS.
Brasil, 2018.	Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Vol 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano	Ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na AB.	A elaboração de instrumentos para coleta de dados e a geração de relatórios são essenciais para o planejamento e melhoria constante dos serviços ofertados.
Carvalho, Moreira, Rézio & Teixeira, 2012.	A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações.	Descrever as etapas que constituíram a construção de um PTS em conjunto com usuária / família de um CAPS do município de Cuiabá-MT.	A construção do PTS resultou na sensibilização da família e esclarecimentos de dúvidas do sofrimento psíquico, favoreceu a elaboração em conjunto do plano de cuidados e fortalecimento de vínculo, a participação da usuária e da família no processo, resultando na construção de sua autonomia.
Diniz, 2012	Projeto Terapêutico Singular de Usuários da Atenção Básica e Psicossocial: resolubilidade,	Identificar quais tecnologias de cuidado são utilizadas na construção do PTS	Necessidade de se criar e potencializar grupos terapêuticos na atenção básica em parceria com os equipamentos comunitários, acionando o apoio matricial como suporte especializado.

	corresponsabilização, autonomia e cuidados Fortaleza.	em saúde mental na ESF e CAPS, relacionadas à autonomia e à corresponsabilização.	
Grigolo, Garcia Jr, Peres&Rodrigues, J. 2014.	O Projeto Terapêutico Singular na clínica da atenção psicossocial.	Refletir e discutir a importância e as características do PTS como um recurso terapêutico no contexto da clínica da atenção psicossocial.	Demonstra-se a necessidade de discussão e construção de práticas de atenção psicossocial que sejam coletivas e embasadas em relações de respeito a singularidade e subjetividade dos sujeitos.
Jorge et al, 2012.	Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial	Analisar as concepções de autonomia no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).	Diversas concepções sobre autonomia, referentes ao gerenciamento da vida, independência e autossuficiência, e enquanto processo construído a partir das relações.
Oliveira et al, 2015.	Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial.	Analisar o projeto terapêutico de usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial.	As atividades de acolhimento, sala de espera e visita domiciliar se destacaram nos projetos terapêuticos dos usuários.
Pinho, Souza & Esperidião, 2018.	Desafios na operacionalização os projetos terapêuticos singulares (PTS) nos CAPS.	Descrever como os profissionais operacionalizam os projetos terapêuticos singulares (PTS) em CAPS.	Necessidade de investimento em Educação Permanente em Saúde para qualificar os processos de trabalho nos CAPS desenvolvidos pelos diversos profissionais que neles atuam através do PTS.
Silva, Loccioni, Orlandini, Rodrigues, Peres & Maftum, 2016.	Projeto Terapêutico Singular para profissionais da estratégia de saúde da família.	Analisar a importância do PTS na gestão do cuidado para profissionais de uma equipe da Estratégia da Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica.	Há limites tais como a inclusão do PTS no sistema de informação e desafios como indicadores para sua avaliação pela equipe da Estratégia Saúde Família.
Silva, Sousa, Nunes, Farinha & Bezerra, 2020.	Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial.	Descrever como os profissionais operacionalizam os projetos terapêuticos singulares (PTS) em Centros de Atenção Psicossocial.	A percepção da importância dos PTS para os profissionais, mas a falta de organização e sistematização dos mesmos, sendo que a sua realização sequer existia em alguns dos serviços pesquisados.

4.1.2 Contribuições do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em promover qualidade de vida ao indivíduo com transtorno mentais no CAPS.

A sociedade passa a ver sob uma nova ótica o conceito de saúde mental, sendo assim, as críticas aos modelos de atenção psiquiátricos são realizadas numa perspectiva de mudança e melhoria, passando a ocupar um lugar estratégico com a atuação do Projeto Terapêutico Singular no CAPS. Esse movimento convoca a sociedade para fazer uma nova leitura da assistência aos usuários dos serviços de saúde mental, validando a troca de informações com as famílias e com a equipe de saúde envolvida no processo.

Como se observa, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2012) pontua sobre a importância da qualidade dos serviços de saúde, ressaltando na carência das políticas públicas mais ativa nas demandas, com a finalidade de promover os recursos necessários, a favor de uma prestação de serviço de saúde com qualidade e responsabilidade, de forma padronizada com melhoria na estrutura das ações de saúde.

A literatura descreve, segundo os autores, que o CAPS desenvolve o papel de acolher, prestando diversos serviços de atendimentos individuais e/ou grupos, familiar, domiciliar, com intervenções relacionados a educação em saúde, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, mediação em situações de crise, reinserção pelo trabalho, ofertando intervenções de ações inclusivas, uma rede com suporte de serviços a favor da qualidade de vida do cidadão (Pinho, Souza & Esperidião, 2018).

As repercussões da doença mental na família englobam os sintomas e comportamentos da pessoa em sofrimento psíquico no seu meio social e as consequências geradas na rotina da família, no financeiro, no lazer e profissional, necessitando de um suporte social. Nesse cenário, o PTS precisa reconhecer a complexidade do seu papel no planejamento das ações de

acolhimento, metas terapêuticas para o usuário e sua família e, de que forma será organizada as atividades conforme a demanda apresentada e inseridas no plano assistencial, a fim de promover o cuidado e a qualidade de vida desse sujeito com sofrimento psíquico (Silva et al., 2020).

Na concepção de Gentile e Pereira (2005), os sintomas da doença mental são vividos pela pessoa como experiência de grande sofrimento, desespero, nervosismo, prejudicando as vivências do cotidiano. A partir do trabalho desenvolvido pelo Projeto Terapêutico Singular no CAPS, forma-se uma nova perspectiva para esse indivíduo vulnerável em sua relação com a sociedade.

A partir das pesquisas fundamentadas pelos autores, dialogar sobre a necessidade de analisar os aspectos emocionais que abalam as estruturas psicológicas dos usuários é uma função do PTS. Logo, entende-se que o sujeito procura no PTS ajuda para o seu sofrimento, buscando reestabelecer sua vida e recuperar o equilíbrio psíquico e emocional, esperando ter sua rotina anterior ao que lhe causou sofrimento. Portanto, falar sobre o sofrimento com cuidado para não tornar a dor maior proporciona as relações de vínculo e confiança, pautando-se o quanto é importante o apoio da família e do acolhimento do PTS no CAPS como suporte, sem ser excluído ou discriminado. (Carvalho, Moreira, Rézio & Teixeira, 2012).

Diante do exposto, a aplicação das estratégias de enfrentamento com a intervenção de acolhimento, a observação e análise das dificuldades e os limites resulta em uma escuta qualificada, respeito e ética profissional, garantindo as particularidades de cada indivíduo, ofertando e promovendo recursos para proporcionar ao usuário trabalhar suas necessidades, a autonomia, que ocasionam na melhora do desempenho dos seus aspectos psicológicos assistidos no CAPS.

Nessa linha de raciocínio, o PTS precisa atuar por meio de diálogos com a equipe, criando estratégias de cuidado eficazes, fundamentadas em um modelo focado no cuidado sistematizado pela equipe de saúde e pelo sujeito, favorecendo a particularidade e autonomia do sujeito, desenvolvendo um trabalho organizado e de eficácia junto à equipe interdisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, serviço social, odontólogos, psicólogos). Por conta disso, o PTS possibilita o acesso, oportunizando e ressaltando a autonomia do sujeito, valorizando a integração de todos os participantes no processo de cuidado, proporcionando ao PTS transforma-se em um instrumento essencial para o cuidado assistido ao sujeito em sofrimento psíquico. (Silva et al., 2016).

Nesse viés, as intervenções do PTS de cuidado com o sujeito e sua família necessitam de ações organizadas e planejadas pelos profissionais de saúde inseridos no contexto, ressaltando a importância da comunicação clara e objetiva, com dados específicos das demandas do sujeito em busca de acolhimento (Baptista, Camatta, Filippon & Schneider, 2020).

O processo de comunicação entre os atores requer atenção nos informes coletados sobre o caso do sujeito, como exemplo, condições e contexto de vida da família, necessidades, exames, avaliações, diagnósticos, cuidados a curto e/ou médio prazo, demandas, sofrimento psíquico, pois, através dessas informações, os profissionais têm recursos e condições de intervir quando o usuário procurar atendimento no PTS. Também faz parte do cuidado a criação do vínculo com o profissional do CAPS, ou seja, ter um profissional de referência para atender o sujeito e sua família no processo de assistência psicossocial, visando promover qualidade de vida (Baptista, Camatta, Filippon & Schneider, 2020).

Corroborando com os estudos, o PTS é uma ferramenta moderadora de ações em saúde, que possui o papel de planejar e organizar o cuidado, proporcionando a autonomia, favorecendo a interpretação da responsabilidade atribuída aos participantes, pontuando que é essencial a comunicação entre equipe multiprofissional (assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, professor de educação física, nutricionista, médico clínico) e usuário, tendo em vista as particularidades e subjetividade do sujeito e suas demandas (Brasil, 2013). O PTS é, portanto, “um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade” (Oliveira et al., 2015).

“A corresponsabilização entre os sujeitos é favorecida pelo estabelecimento de vínculos, traduzidos pelo respeito e valorização mútua de saberes, pela confiança entre os atores, e que propicia a melhoria da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico” (Jorge et al., 2012, p. 5). A intervenção no CAPS junto ao usuário ocorre em parceria, ou seja, um trabalho realizado através de trocas de vivências, experiências, informações, elementos necessários para consolidar o vínculo entre o profissional e o usuário, criando confiança e responsabilidade favorecendo o processo de acolhimento na perspectiva da formação da autonomia e promovendo melhoras qualidade de vida.

Consonante às práticas da construção do PTS, o CAPS tem aprimorado no contexto de gestão de pessoas, a favor de prestar um atendimento psicossocial com a perspectiva de socializar, de forma acolhedora e respeitosa criando a relação com o usuário e a equipe, explicitando uma relação com o contexto da Política Nacional de Humanização do SUS (Ministério da Saúde, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, pôde-se inferir a importância do PTS visando promover um acolhimento ao sujeito e sua família, como uma ferramenta de trabalho assistencial na prática da estratégia terapêutica no CAPS, gerando o cuidado com respeito a particularidade e singularidade do sujeito em sofrimento psíquico.

Os projetos terapêuticos refletem as concepções sobre a necessidade de planejamento e organização alinhado com o usuário, família e a equipe de saúde (interdisciplinar), a fim de proporcionar melhorias e condições que possam atender às demandas com recursos apropriados na assistência psicossocial. Ressaltando que é essencial uma comunicação assertiva entre os atores do processo, ressignificando a forma de prestar serviço de saúde no CAPS, investindo no acolhimento com cuidado na escuta, favorecendo a formação do vínculo e/ou profissional de referência, ofertando ao usuário a possibilidade de conquistar sua autonomia.

A aplicação das ações de estratégia com a intervenção de acolhimento, sendo assistida com observação e análise das dificuldades no decorrer do atendimento inicial, contribui para o processo de criação do vínculo com os usuários e a sua família, com o propósito de reduzir o sofrimento psíquico, proporcionando o bem-estar e novas perspectivas de vida aos usuários na recuperação da sua autoestima.

Portanto, pelas considerações acima e pelas exposições descritas ao longo deste artigo, pode-se considerar que o objetivo proposto foi alcançado no que diz respeito à importância da construção de PTS no CAPS na assistência à pessoa em sofrimento psíquico e a família, com o intuito de proporcionar qualidade de vida ao ser humano.

Constata-se uma fragilidade teórico-conceitual, provocando uma necessidade de que sejam realizadas novas pesquisas, buscando ampliar os estudos acerca da construção e

intervenções do PTS no CAPS e a falta de comunicação com as Unidades de Saúde da Família (USF) e, assim atentar, compreender a complexidade do fenômeno por meio de recursos investigativos alinhados à teoria e prática.

Conclui-se que o resultado dessa investigação poderá ser útil para a sociedade, quando a mesma possa ser utilizada como suporte na atuação do profissional de saúde, com aplicação de técnicas, dinâmicas, orientando com a finalidade de promover a qualidade de vida ao sujeito em sofrimento psíquico.

6. REFERÊNCIAS

- Baptista, J.A., Camatta, M.W., Filippon, P.G., & Schneider, J.F. (2020). Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Enfermagem*, 73(2):e20180508. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>.
- Bezerra, Edilane, & Dimenstein, Magda. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: ciência e profissão*, 28(3), 632-645. Recuperado em 30 de junho de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&tlng=pt.
- Botelho, L. L. R.; Cunha, C.C.A.; & Macedo, M. (2016). The integrative review method in organizational studies. *Revista Eletrônica Gestão Social*. 5(11): 121-36.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde. DOI: 10.1590/0103-11042018S114.
- Brasil, Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.
- Carvalho, L. G. P.; Moreira, M. D. S., Rézio, L. A., & Teixeira, N. Z. F. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *O mundo da saúde*. São Paulo. v. 36 n. 3. DOI: 10.15343/0104-7809.2012363507520.
- Diniz, A. M. (2012) Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica e psicossocial: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado

acadêmico em Saúde pública, Fortaleza, 2013

- Grigolo, T. M.; Garcia Jr, C. A. S.; Peres, G. M. & Rodrigues, J. (2014). O Projeto Terapêutico Singular na clínica da atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.15, p.53-73. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68912>
- Jorge, M. S. B., Campos, R. O., Pinto, A. G. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 22(4), 1543-1561. doi: 10.1590/ S0103-73312012000400015.
- Ministério da Saúde (BR). (2018). Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; (Caderno de Atenção Básica, nº 39). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
- Ministério da Saúde. (2013) *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. (2013). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 [cited 2018 Aug 13] (Caderno de Atenção Básica, nº 34). Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf.
- Oliveira E.M., Santana, M.M.G., Eloia, S.C., Almeida, P.C., Felix, T.A., & Ximenes Neto, F.R.G. (2015). Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial. *Revista Rene* [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 13];16(3):434-41. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2819/2188>.
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciências e Saúde Coletiva*, 23, 141-152. Doi: 10.1590/1413-81232018231.08332015.
- Rodvalho, A. L. P., & Pegoraro, R. F. (2016). Revisão integrativa de literatura sobre a construção de projetos terapêuticos singulares no campo da saúde mental. *SMAD Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 12(4), 240-248. <https://www.scielo.br/j/pe/a/cgbcddgpFwWTD4J3K6XGh6gv/?format=pdf&lang=pt>.
- Silva, A. I., Loccioni, M.F.L., Orlandini, R.F., Rodrigues, J., Peres, G.M., & Maftum, M.A. (2016). Projeto Terapêutico Singular para profissionais da estratégia de saúde da família. *Cogitare Enfermagem*. Jul/set; 21(3): 01-08. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-2260>

Silva, N.S., Sousa, J.M., Nunes, F. C., Farinha, M.G., & Bezerra, A.L.Q. (2020). Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial. *Psicologia em estudo*, v. 25, e49996. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.49996>

Vasconcelos, EM. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciência Saúde Coletiva* 2013; 18:2825-35

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar o cuidado à saúde mental de uma pessoa é considerado um grande desafio. Afinal, perpassa por tantas singularidades do próprio sujeito, da família, do território, dos profissionais de saúde, da sociedade, da política, enfim, por tantas dimensões da vida. Por essa razão, este trabalho realizado é ao mesmo tempo diminuto diante de tantas particularidades, como também, modestamente, é vital para relacionar-se com um importante contingente que faz parte da clínica da saúde mental- o tratamento.

Permitir transparecer as adversidades no tratamento à pessoa em sofrimento psíquico e refletir sobre pequenas mudanças que podem trazer grandes repercussões positivas no cuidado das pessoas, ou mesmo considerar desinvestir de práticas profissionais insuficientes é, sem dúvida, atitudes que trazem enriquecimento profissional e pessoal.

O propósito da pesquisa sobreveio da aproximação com os profissionais envolvidos nos casos de saúde mental (CAPS e USF) e do questionamento sobre como se deparam com a questão do planejamento do cuidado às pessoas em sofrimento mental grave. Existe um plano metodológico de cuidado? Como ocorre? Planeja-se, discute-se, realizam-se ações de maneira integrada pela RAPS? Quais os desafios que estes profissionais, sendo eles trabalhadores do CAPS II ou das USFs, encontram ao se depararem com casos e vidas tão complexas?

Verdadeiramente e sem nenhum tipo de julgamento, como estamos nos responsabilizando pela saúde mental no município de Camaçari-Ba? Essas perguntas fizeram todo o sentido na construção do objetivo geral e os objetivos específicos dessa pesquisa, assim como, nas “bordas” da dissertação sobre a rede de cuidado. Busco compreender as ações que são realizadas entre as equipes no que diz respeito ao matriciamento e identificando as

dificuldades existentes para a elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular entre o CAPS II e as ESF. Que ferramenta organizadora de cuidado é esta? Faz sentido utilizá-la? Qualifica o trabalho para estes profissionais?

As perguntas realizadas acima foram respondidas gradativamente ao longo das falas dos profissionais – os grupos traziam as constatações sobre os fatos mencionados, acrescido pela realidade da prática de trabalho e construindo os sentidos que tanto eu buscava. Também foi pertinente o desenvolver das intervenções propostas nos PTs realizados nos GFs e a construção do processo de trabalho através das reflexões conjuntas, desejos, idéias inclinadas pelas tecnologias leves.

Através dos casos clínicos discutidos nos GFs, foi possível entender o fluxo de trabalho/rotina das USFs do município de Camaçari. Foi percebido a dificuldade das USFs em estarem presentes no território, mesmo diante de tantas pessoas com vulnerabilidades: os profissionais informam que são atravessados por muitas demandas de cunho mais curativista no interior da unidade. Então, muitos, usuários, que por alguma razão não conseguem acessar o serviço, ficam invisibilizados em suas demandas, como ocorreu com Vida 1. Já Vida 2, que percorre ativamente a unidade sendo “íntimo” da USF, consegue ser percebido por uma gama grande de profissionais. Nesse sentido, podemos associar ao maior acolhimento e vínculo quando o sujeito tem um perfil mais ativo e presente no serviço de saúde.

Sobre o diagnóstico situacional dos casos, percebe-se em ambos um nível de sofrimento mental bastante intenso. Constata nesses casos a intersecção de várias problemáticas no contexto do sofrimento mental: fragilidade familiar, problemas sociais, obstáculos nos vínculos com as equipes de saúde, assujeitamento do usuário, violação de direitos humanos fundamentais, insegurança e medo no tratamento ofertado, hesitação de alguns profissionais

frente às complexidades exigentes nos casos. Diante desses pontos, confirmou-se, também, que não é elaborado o PTS nas USFs para pessoas em transtorno mental grave. O que apareceu foi o cuidado pontual, sem planejamento ou continuidade, conforme surgem algumas necessidades, geralmente, trazidas pelo usuário ou seus familiares. No caso de Vida 1, a percepção de problemas clínicos foi retardada justamente pelo não acesso a USF. Por mais que recebesse visita da ACS, eram ausentes as discussões na equipe pelos profissionais da USF, assim como não houve compartilhamento das informações, em reuniões de equipe, nem em sistema de prontuário, tornado as ações realizadas pela ACS isoladas, diminutas e fragmentadas.

Por outro lado, o contexto situacional de Vida 2 revelou um sujeito ativo e protagonista, o que desafiou ou provocou os profissionais da USF na tentativa de reduzir ou frear seus movimentos no interior da USF. O desejo das equipes, sem dúvida, é de proporcionar cuidado, no entanto, seguiram as expectativas normativas do que é esperado em um tratamento convencional, e assim apostaram quase que estrutamente nas medicações psicotrópicas. Intrigante, pois o CAPS II, que deveria acreditar nas outras muitas estratégias psicossociais, também enveredou nessa estratégia acanhada de cuidado!

As articulações entre as equipes sobre o caso de Vida 1 demonstram terem sido realizadas de forma mais modesta. Atécnica de referência e a ACS foram as profissionais que mais impulsionaram as ações, logo depois o profissional médico passou a conhecê-la e destinar providências clínicas necessárias ao momento. Contudo, os próprios participantes reconheceram não saber a história completa de Vida 1, o que poderia levar a outras tomadas de decisões e novas articulações intersectoriais, por exemplo. Do mesmo modo, admitiram que houve descontinuidade no processo de cuidado, como se tivesse ocorrido um descuido no

acompanhamento dessa pessoa e com isso o retorno para a deslembração.

No caso de Vida 2, talvez pela constância deste na USF e maior circulação no território onde vive, as equipes se encontravam frequentemente, a partir de algumas reuniões, visitas conjuntas, participação de maior número de profissionais envolvidos no processo de cuidar, sendo o matriciamento mais efetivo e seguro. Esse envolvimento entre as equipes foi sentido no GF, a história de Vida 2 era conhecida por todos os participantes, a interação dos profissionais dos dois serviços era harmoniosa e íntima.

Os PTS realizados nos GFs foram proporcionais às necessidades apresentadas nos casos clínicos. Utilizaram de pensamento estratégico para elencar os nós críticos (vulnerabilidades), apontando o maior grau de prioridade, seguido pelas estratégias e ações que foram contruídas de forma coletiva e dinâmica, em um processo belíssimo de aprendizagem mútua. Do mesmo modo foram realizadas a divisão das tarefas, os encaminhamentos, as pactuações entre os atores envolvidos e o acordo firmado entre os profissionais dos dois GFs sobre o acompanhamento futuro de toda essa intervenção.

Um dos principais desafios da articulação de cuidados frente aos casos trazidos na pesquisa diz respeito à acessibilidade território do usuário, ou seja, ter primeiramente o conhecimento de que tal pessoa está em sofrimento mental naquela dada região e/ou já está em tratamento no CAPS II. Nesse sentido, os profissionais do CAPS II consideraram que há uma valorização dos cuidados prestados apenas no serviço especializado; além de uma dificuldade de acesso às informações entre os serviços, haja vista a ausência de um prontuário eletrônico comum na RAPS e a ausência de espaço reservado nas agendas das equipes para encontros de discussões dos casos para o planejamento do cuidado em conjunto para a pessoa em sofrimento mental grave.

Nesse sentido, de modo espontâneo, os profissionais participantes desta pesquisa trouxeram idéias de como poderíamos responder a estes desafios. Os produtos citados na pesquisa foram construídos por essa congruência de pensamentos coletivos. O conhecimento sobre os mesmos usuários matriculados nos dois serviços permitiu às equipes obter informações, alimentar frequentemente os conhecimentos sobre o caso e realizar a proposta de cuidado paulatinamente de acordo com o movimento do caso de maneira compartilhada. Foi possível ver em ato a realização da construção do PTS por várias mãos! Por isso, surgiu a proposta da tabela compartilhada em Drive entre as unidades de saúde (CAPSII e USF) como o primeiro produto dessa pesquisa. Contudo, ambiciona-se mais: a garantia do espaço de trocas de saberes, o estudo dos casos em comum e o compartilhamento de estratégias e intervenções terapêuticas entre as equipes, de modo a potencializar o matriciamento que tanto nos convida a Clínica Ampliada. A proposta de implementação de um grupo de encontro permanente de matriciamento responde a essas demandas identificadas, configurando-se, portanto, como o segundo produto dessa dissertação.

Considere importante interpor a esta pesquisa o artigo sobre a contribuição da construção do PTS nos serviços CAPS, visto que dentro do CAPS II ainda encontramos fragilidades nessa execução. A revisão integrativa permitiu perceber outros cenários, digo, outras experiências de equipes de CAPS no Brasil sobre a mesma temática. O artigo apontou vulnerabilidades comuns entre os CAPS pesquisados, dentre estas, o desafio da própria realização do PTS pelos profissionais da equipe, as dificuldades de socialização entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, a pouca participação do usuário no seu próprio plano de cuidado e a ausência de compartilhamento do PTS dos CAPS com as USF da região de saúde. Além disso, evidenciamos que estudar sobre o PTS ainda é um tema em

escassez para saúde mental brasileira, necessitando de maior investimento no campo da pesquisa aplicada.

Por fim, essa pesquisa-intervenção nos trouxe tantas possibilidades de aprendizados que não posso deixar de destacar aos leitores que os dois casos discutidos nos GFs permanecem em plena movimentação no campo das ações terapêuticas. O PTS de Vida 1 já obteve muitos avanços: o médico da família da USF realizou visita domiciliar em conjunto com a ACS e a TR do CAPS II, já foram feitos os exames laboratoriais e de imagem, a usuária foi atendida pela rede especializada da ortopedia na Policlínica do município e iniciou o tratamento sobre a osteoporose; a administração das medicações psiquiátricas são realizadas na USF de 15/15 dias conforme prescrição da psiquiatra do CAPSII; recebeu visita da assistente social do CAPS II em conjunto com a ACS e um profissional do CRAS, tornando Vida 1 elegível para o recebimento da cesta básica; está no processo para o recebimento do Programa Bolsa Família; iniciou tratamento dentário para posteriormente ser encaminhada para o CEO e colocação de prótese dentária conforme seu desejo e necessidade. Vida 1 mostra-se animada durante todo esse caminhar, passou a frequentar a USF, indo sozinha, quase semanalmente, entra já chamando o médico pelo nome, ou seja, vínculo formado! A equipe da USF chegou a propor o tratamento contra o tabagismo, contudo ela não topou. A TR do CAPS em diálogo com a equipe discutiu essa proposta e trouxe os preceitos da Redução de Danos como orientadores de seu tratamento, uma vez que hoje não é possível para ela deixar a nicotina, é preciso respeitá-la e entender seus desejos.

Sobre a fragilidade familiar, foram realizados dois momentos com a irmã, contudo, por mais que esta tenha se mostrado bastante preocupada, sua dinâmica de afazeres não permite maior participação nos cuidados de Vida 1. Ainda não se conseguiu contato com outros

membros da família, mas acredita-se no fortalecimento do protagonismo de Vida 1 no seu cuidado.

Sobre Vida 2, aconteceu a reunião com sua presença junto à psiquiatra do CAPS II e demais membros das equipes. Vida 2 mostrou-se receptivo para os profissionais, assim como com todos os participantes desse encontro. Vida 2 deixou explícito que não aceita fazer uso de nenhuma medicação injetável ou qualquer medicação que lhe traga sonolência diurna, diz que trabalha muito e não pode se atrasar nos compromissos. Depois de muita escuta qualificada sobre seus desejos de tratamento, ficou combinado que ele iria experimentar com dose mínima a medicação Olanzapina e continuar com Depakene comprimido e quando ansioso fazer uso de Rivotril gotas. Mas o encontro não se limitou apenas às medicações. Ter incluído Vida 2 no cenário do seu cuidado permitiu restabelecer a segurança e confiança que ele merecia, logo, ele nos surpreendeu pedindo para fazer as refeições no CAPS II, informou que a genitora não consegue cozinhar. Dessa forma, o PTS de Vida 2 passa a ser constituído pela sua presença diária no café da manhã e almoço no CAPS II, deixando o espaço disponível. Desse modo, espontâneo e consentido, ele retornou para a oficina de artes e eventualmente participa da oficina de música. Vida 2 retornou ao tratamento dentário com a dentista da USF e mantém um bom diálogo com outros membros da equipe.

Percebe-se que em ambos os casos tabalhados pelas equipes, desde o momento em GFs, mas principalmente pós grupo, ou seja, na rotina do trabalho dos profissionais, uma maior intereação, cominicação entte os encolvidos, posso até mencionar aqui que há uma conquista fabulosa entre todos participantes. Atualmente, ocorre troca de informações em whatsapp pessoais, uma preoculação mútua que tudo der certo com o planejamento proposto, sinto engajamento e animação!

Sabemos que as pessoas que sofrem por transtornos mentais graves oscilam seus sintomas. Às vezes, o que parece fluir bem para os profissionais não faz tanto sentido para o usuário. O importante para todos nós envolvidos nessa clínica da invenção, clínica desafiadora e humana, é a busca contínua pelo entendimento por práticas humanas, libertatórias e científicas. Os profissionais que conseguirem entregar-se às novas tecnologias de cuidado em clínica ampliada certamente passarão a construir de forma coletiva e implicada o melhor para aquela determinada situação de saúde, na relação com os territórios existenciais dos seus usuários.

Acredito que este trabalho não se finda aqui, mas sem dúvidas, abre portas para não sermos os mesmos. Um passo importante foi dado para o entrelace da RAPS e novos investimentos serão realizados em prol da qualidade da saúde mental no município de Camaçari-Ba. Aguardaremos ansiosos o caminhar dos produtos ofertados para este município e novos avanços coletivos.

- Brasil, Ministério da Saúde.(2001).Diário Oficial da República 1978; 14 maio. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º ago.
- Brasil, Ministério de desenvolvimento social e combate à fome (2004) Política Nacional de Assistência Social (PNAS) - Brasília, secretaria Nacional de Assistência Social.
- Brasil, Gabinete do Ministro. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Portaria no 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde. 64 p: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil, Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm
- Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Portaria GM nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Estabelece as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília (DF). <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012>.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Política Nacional de Humanização PNH. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

- Brasil, Ministério da Saúde. (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. 9-15.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2022). DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasília, Ministério da Saúde.
- Campos, G,W.S.(2002). Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família.[acessado 02 Março 2004].Disponível em: file:///C:/Users/thiago/Downloads/REFLEX%C3%95ES%20%20SOBRE%20%20A%20%20CL%C3%8DNICA%20%20AMPLIADA%20%20EM%20%20EQUIPE%20%20DE%20%20SA%C3%9ADE%20%20DA.pdf
- Campos, G. W. S. (2015). Saúde Paideia. 4a ed. São Paulo. Hucitec.
- Carvalho, André Roncaglia de et al. Vulnerabilidade social e crise sanitária no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. (2021)v. 37, n. 9 [Acessado 3 Março 2024] , e00071721. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00071721>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071721>.
- Castro, Leonardo Martins, & Maxta, Bruno Souza Bechara. (2010). Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(1), 1-11. Recuperado em 05 de julho de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Clemente JR, Sergio dos S. Estudo de Caso x Casos para Estudo: esclarecimentos a cerca de suas características. Anais do VII Seminário de Pesquisa em Turismo do Mercosul, Caxias do Sul – RS, 2012.
- Cohen, M. C. (2018). Escutando o Matriciamento. Caminho para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS? Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Doi: 10.11606/D.47.2018.tde-14112018-111216. Recuperado em 27/03/2022.
- Cunha, M.S. (2009).O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em saúde: desafios para a estratégia de saúde da família em Nova Iguaçu/RJ. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

- Cunha, G. T., & Dantas, D. V. (2009). Uma contribuição para co-gestão da clínica: Grupos Balint-Paidéia - Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada – UNICAMP.
- Cruz, N. F. de O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2019). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação E Saúde*, 18(Trab. educ. saúde, 2019 18(3)). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Doricci, Giovanna Cabral e Guanaes-Lorenzi, Carla Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 08 [Acessado 10 Março 2024], pp. 2949-2959. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>
- Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Atenção Básica e formação em saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, (Orgs.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.291-310.
- Freitas, F; Amarante, P. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. 148 p. ISBN 978-85-7541-472-9. *Medicização em Psiquiatria*.
- Ferreira, T. P. da S., Sampaio, J., Oliveira, I. L. de., & Gomes, L. B.. (2019). A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde Em Debate*, 43(121), 441–449 <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>
- Franco, R. F., & Stralen, C. J. (2015). Desinstitucionalização psiquiátrica: do confinamento aohabitar na cidade de Belo Horizonte. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 312-321.
- Gama, C. A. P. da ., Campos, R. T. O., & Ferrer, A. L.(2014). Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 69–84. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental..Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>
- Garcia, P. e Reis, R. S. (2018). *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS*. São Luís: EDUFMA.
- Gonçalves, Laura Lamas Martins e Campos, Rosana Teresa Onocko Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 11 [Acessado 5 maio 2024] , e00166216. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>>. Epub 21 Nov 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166216>.

- Grigolo, T. M.; Peres, G. M. Garcia, C. A., & Rodrigues, J. (2014). O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/BrazilianJournalof*. <http://sis.camacari.ba.gov.br/portal/saude.php>
- Heidegger, M. (2012). *Os problemas fundamentais da fenomenologia*. Petrópolis: Vozes
- Houaiss, A., Villar, M.S., & Fraco, F.M.M. (2009). *Dicionário Houaiss Eletrônico da Língua Portuguesa [CD-ROM]*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1247–1254. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>
- Jucá, V. J. dos Santos, Medrado, A. C., Safira, L., Gomes, L. P. M., & Nascimento, V. Gomes. (2010). Atuação psicológica e dispositivos grupais nos centros de atenção psicossocial. *Mental*, 8(14), 93-113. Recuperado em 30 de junio de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000100006&lng=es&tlng=pt.
- Junges, J. R., Barbiani, R., & Zoboli, E. L. C. P. (2015). Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 265–274. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0331>
- Kammer, Katharina Pereira, Moro, Larissa Moraes, & Rocha, Kátia Bones. (2020). Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 36-50. Recuperado em 03 de mar • o de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100004&lng=pt&tlng=pt
- Malta, D.C., Santos, M.A.S., Stopa, S.R., Vieira, J.E.B., Melo, E.A., & Reis, A.A.C. (2016). A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2016. *Cien Saude Colet*. 21(2):327-338.
- Marchesan, R. Q., & Ferrer, A. L. (2016). A terapêutica em um centro de atenção psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”. *Saúde (Santa Maria)*, 42 (2), 137–148. <https://doi.org/10.5902/2236583421662>
- Martins, P. C., Cotta, R. M. M., Mendes, F. F., Priore, S. E., Franceschinni, S. do C. C., Cazal, M. de M., & Batista, R. S.. (2011). De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1933–1942. <https://doi.org/10.1590/S1413>
- Merhy, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002

- Merhy, E. E. (2007). Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In E. E. Mehry & H. Amaral (Orgs.), *A reforma psiquiátrica no cotidiano II* (pp. 25-36). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Minayo, M.C S(1997) . A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, supl.2.
- Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec.
- Moreira, M. B.,& Onocko-Campos, R. (2017). Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 26, n. 2, pp. 462-474. <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154>.
- Nunes, C.A., Aquino, R., Medina, M.G., Vilasbôas, A.L.Q., Pinto, E.P.,& Luz, L.A. (2019). Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Debate*. 42(n. esp. 2):127-144.
- Oliveira, R. F. de., Andrade, L. O. M. de., & Goya, N.. (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3069–3078. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>
- Oliveira, A. L. de M., & Peres, R. S. (2021). As Oficinas Terapêuticas e a Lógica do Cuidado Psicossocial: Concepções dos(as) Coordenadores(as). *Psicologia: Ciência E Profissão*, 41(spe4), e204609. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003204609>
- Oliveira JF. Gestão de Tecnologias da Informação e da Comunicação na Saúde: uma análise sobre o uso do prontuário eletrônico. *Interface* (Botucatu) 2020
- Oliveira, Alda Venusia Alves de. Os (des)caminhos da reforma psiquiátrica : análise da política Nacional de Saúde Mental Brasileira de 2016 a 2022
- Onocko-Campos, R. T. & Campos, G. D. S. (2007). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In G. W. S. Campos et al. (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 669-688). Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- Paim, J.S. Ações integradas de saúde: por que não dois passos atrás. *Cad. Saúde Pública*, v. 2, n. 2, p. 167-183, abr.-jun. 1986a.
- Pasche, D. F., Passos, E., &Hennington, É. A. (2011). Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4541–4548.

- Rabelo, A. R. (2006). Um manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial. 2ª ed. Salvador: EDUFBA.
- Rocha, M. L. da., & Aguiar, K. F. de. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 23(4), 64–73. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>
- Rocha, F.L., Hara, C., & Paprocki, Jorge. (2015). Doença mental e estigma / Mental disease and stigma. *Revista médica. Minas Gerais* ; 25(4)jan.
- Sampaio, M. L., & Bispo, J. P. (2021). Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v.37, n. 3. Epub 07 Abril 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>.
- Santos, M. (2000). O espaço do cidadão. São Paulo: Nobel. Santos, N. S., Almeida, P. F. de., Venancio, A. T., & Delgado, P. G. (2000). A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 20(4), 46–53. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932000>
- Sesau, Diretrizes de Matriciamento em Saúde Mental(2009) pela Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari, Departamento de Alta e Média Complexidade, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Mental, Coordenação de Planejamento e Diretrizes de Matriciamento em Saúde Mental de Camaçari-Ba.
- Silva, A. et al. (2016). Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, 21(3). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45437>
- Silva, N. dos S., Sousa, J. M., Nunes, F. C., Farinha, M. G., & Bezerra, A. L. Q. (2020). DESAFIOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. *Psicologia Em Estudo*, 25, e49996. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.49996>
- Smeha, L.N.(2009). Aspectos Epistemológicos Subjacentes a Escolha da Técnica do Grupo Focal na Pesquisa Qualitativa. *Revista de Psicologia da IMED*, vol.1, n.2, 260-268.
- Spink, M. J. P. (2003a). Ao sabor dos riscos: reflexões sobre a dialogia e a co-construção de sentidos. In M. J. P. Spink, *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp. 295-324). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M. J. P. (2007). Pesquisando no cotidiano: Recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 7-1.
- Spink, M. J., & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Sousa, F.S.P., Jorge, M.S.B., Vasconcelos, M.G.F., & Barros, M.M. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2011;21(4):1579-1599.
- Souza, B., & Alves, A. (2022). Limites e potencialidades no acolhimento aos usuários em sofrimento mental na atenção primária do Distrito Federal: relato de experiência em uma unidade de saúde. *HRJ [Internet]*. 8º de março de 2022 [citado 24º de março de 2022];3(15):519-38. Disponível em:
<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/394>
- Treichel, C. A. dos S., Campos, R. T. O., & Campos, G. W. de S.. (2019). Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180617 <https://doi.org/10.1590/Interface.18061>
- Tuckett, David. (2010). O que são Grupos de Trabalho¹ e o que podem fazer?. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(3), 15-32.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2010000300002&lng=pt&tlng=pt.
- Vasconcellos, V.C. (2013). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(1), 1-16.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-9762010000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Voltolini, B. C., Andrade, S. R. de ., Piccoli, T., Pedebôs, L. A., & Andrade, V.. (2019). *ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MEETINGS: AN INDISPENSABLE TOOL FOR LOCAL PLANNING*. Texto e Contexto- Enfermagem, 28,e20170477.<https://doi.org/10.1590/1980-26x-TCE-2017-0477>
- Wzorek, R. (2021). *Revista Debates Insubmissos*, Caruaru, PE. Brasil, Ano 4, v. 4, nº 15, set./dez. 2021. ISSN: 2595-2803 Endereço:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/debatesinsubmissos/>
- Yasui, Silvio, Luzio, Cristina Amélia, & Amarante, Paulo. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>
- YIN, Robert K. *Estudo de Caso, planejamento e métodos*. 2.ed. São Paulo: Bookman, 2001.
- Zauhy, C., & Mariotti, H. (2002). *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde.



APÊNDICE 1

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA INTERVENÇÕES EM SAÚDE

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para uso de prontuários de Usuários

Estamos aqui para apresentar a possibilidade de você contribuir para um estudo que vai ajudar a gente a melhorar os serviços de saúde mental de nossa região de Camaçari. Queremos estudar o seu prontuário, que é um documento onde ficam registradas as informações sobre o seu tratamento. Esse documento é escrito pelos profissionais de saúde que te atendem e fica guardado em sigilo no CAPS. Queremos estudar o documento de 10 pacientes que são atendidos pelo CAPS II de Camaçari e gostaríamos de sua permissão para que um grupo de profissionais possa conversar sobre seu tratamento a partir da leitura do seu prontuário. Esse estudo se chama **“Rede de Atenção Psicossocial: Planejamento do cuidado integrado para pessoas em sofrimento psíquico intenso”**, e está sendo realizado pela pesquisadora **Marla Maria Bitencourt Pereira**, aluna do Mestrado em Psicologia e Intervenções em Saúde e coordenada pela **Prof.^a Dr.^a Milena Silva Lisboa**.

Esta pesquisa tem a intenção de melhorar os cuidados prestados às pessoas que são atendidas pela rede de saúde mental de nosso município. Queremos analisar quais os desafios para planejar e cuidar de forma integral a pessoa com sofrimento psíquico intenso atendida pelo CAPS II e também pelas Unidades Básicas de Saúde da região. Queremos entender também como construir um plano terapêutico conjunto entre essas unidades (o que a gente chama de Projeto Terapêutico Singular), de modo a melhorar a troca e a articulação entre essas unidades. No seu prontuário, pretendemos identificar desde a sua entrada no CAPS II, ou seja, o acolhimento, até o presente momento, através das escritas dos profissionais envolvidos no seu cuidado. São informações importantes trazidas por você e seus familiares, suas necessidades de saúde, psíquica, social, familiares, comunitárias e outras apresentadas, assim como,

percepções dos profissionais sobre sua trajetória no tratamento. Observamos também se houveram encaminhamentos, articulações de cuidado entre o CAPS II e outras unidades de saúde e quais foram os cuidados ofertados no CAPS II e outros serviços. Essas informações serão discutidas por um grupo de 20 profissionais que trabalham no CAPS e em algumas Unidades Básicas da região (entre enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos). Vão acontecer até 4 encontros para os profissionais poderem discutir de forma aprofundada sobre os tratamentos oferecidos a você. Não haverá contato destes profissionais diretamente com você. Apenas os seus prontuários serão estudados.

Há um risco de os profissionais que estarão participando da pesquisa nos grupos acabam identificando você a partir da leitura dos prontuários, apesar de seus nomes serem ocultados por nós. Mas vamos ressaltar a todos que é necessário guardar sigilo sobre todas as informações discutidas, de modo a preservar os seus nomes e suas informações pessoais e de saúde. Ou seja, as informações discutidas nos grupos são sigilosas. Esse compromisso de guardar segredo é uma obrigação ética de todos os profissionais, mas vamos lembrar a todos sobre essa necessidade. Estes prontuários serão manuseados apenas pela pesquisadora assistente, que é enfermeira e também a atual gerente da unidade, e pela sua orientadora de mestrado, que é psicóloga e professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Importante mencionar que fica assegurado o direito à indenização em caso de dano decorrente a participação nesta pesquisa. Os benefícios desta pesquisa envolvem melhorar a comunicação entre os profissionais do CAPS II e os da Unidades Básicas de Saúde, trazendo uma melhor qualidade no atendimento das necessidades dos usuários; fortalecer o cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico, na medida que outros profissionais de saúde estarão mais envolvidos no cuidado necessário; trará maior conforto e segurança ao usuário, que contará com mais profissionais acessíveis e mais próximos. Se você aceitar que seu prontuário faça parte desse estudo, você pode mudar de ideia e desistir a qualquer momento dessa pesquisa, sem qualquer prejuízo. É só falar com a gente através de nossos telefones (que estão abaixo), e seu prontuário será retirado da pesquisa. Não há nenhum custo ou despesa pessoal para você em qualquer fase do estudo, assim como, também não haverá nenhum pagamento para sua participação. Você receberá uma cópia onde consta o telefone, o endereço e e-mail das pesquisadoras, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Bahiana de Medicina

e Saúde Pública, que funciona na Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. Salvador- BA. CEP: 40.285-001. Tel: (71) 2101-1921, (71)983837127. E-mail: cep@bahiana.edu.br

Pesquisadoras responsáveis: Milena Silva Lisboa, disponível no telefone (71) 99227-0317 e no e-mail milenalisboa@bahiana.edu.br. Ela atua como professora do Mestrado em Psicologia e Intervenções em Saúde e pode ser encontrada com facilidade através do contato mencionado – podendo, portanto, atender participantes da pesquisa para eventuais dúvidas na sede da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que funciona na Av. Dom João VI, nº 275, Brotas, tel.: (71) 3276-8200, fax.: (71) 3276 8202. Salvador- BA. CEP: 40.29000 ou no endereço pessoal: Rua Engenheiro Milton de Oliveira, nº 192, apto. 102, Barra, Salvador – BA e **Marla Maria Bitencourt Pereira**, disponível no telefone (71) 99182-7593, através do e-mail marlapereira.pos@bahiana.edu.br ou no endereço Rua Nossa Senhora da Saúde nº 132, Edf Quinta do Sol apt. 12, Vila Laura, Salvador –BA. CEP: 40279-190. **Entendo todas as informações fornecidas neste termo de assentimento e aceito participar deste estudo de forma voluntária.** Recebi uma cópia desse documento com igual teor, e o outro ficará com o pesquisador responsável. Se você concordar em participar desta pesquisa fornecendo os dados de seu prontuário assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Declaro(amos) que obtivemos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Camaçari-Ba, ____ de _____ de _____

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da participante.



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para uso de
prontuários **Responsáveis legais**

Estamos aqui para apresentar a possibilidade de você contribuir para um estudo que vai ajudar a gente a melhorar os serviços de saúde mental de nossa região de Camaçari. Queremos estudar o seu prontuário, que é um documento onde ficam registradas as informações sobre o seu tratamento. Esse documento é escrito pelos profissionais de saúde que te atendem e fica guardado em sigilo no CAPS. Queremos estudar o documento de 10 pacientes que são atendidos pelo CAPS II de Camaçari e gostaríamos de sua permissão para que um grupo de profissionais possa conversar sobre seu tratamento a partir da leitura do seu prontuário. Esse estudo se chama “**Rede de Atenção Psicossocial: Planejamento do cuidado integrado para pessoas em sofrimento psíquico intenso**”, e está sendo realizado pela pesquisadora **Marla Maria Bitencourt Pereira**, aluna do Mestrado em Psicologia e Intervenções em Saúde e coordenada pela **Prof.^a Dr.^a Milena Silva Lisboa**.

Esta pesquisa tem a intenção de melhorar os cuidados prestados às pessoas que são atendidas pela rede de saúde mental de nosso município. Queremos analisar quais os desafios para planejar e cuidar de forma integral a pessoa com sofrimento psíquico intenso atendida pelo CAPS II e também pelas Unidades Básicas de Saúde da região. Queremos entender também como construir um plano terapêutico conjunto entre essas unidades (o que a gente chama de Projeto Terapêutico Singular), de modo a melhorar a troca e a articulação entre essas unidades. No seu prontuário, pretendemos identificar desde a sua entrada no CAPS II, ou seja, o acolhimento, até o presente momento, através das escritas dos profissionais envolvidos no seu cuidado. São informações importantes trazidas por você e seus familiares, suas necessidades

de saúde, psíquica, social, familiares, comunitárias e outras apresentadas, assim como, percepções dos profissionais sobre sua trajetória no tratamento. Observamos também se houveram encaminhamentos, articulações de cuidado entre o CAPS II e outras unidades de saúde e quais foram os cuidados ofertados no CAPS II e outros serviços. Essas informações serão discutidas por um grupo de 20 profissionais que trabalham no CAPS e em algumas Unidades Básicas da região (entre enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos). Vão acontecer até 4 encontros para os profissionais poderem discutir de forma aprofundada sobre os tratamentos oferecidos a você. Não haverá contato destes profissionais diretamente com você. Apenas os seus prontuários serão estudados.

Há um risco de os profissionais que estarão participando da pesquisa nos grupos acabam identificando você a partir da leitura dos prontuários, apesar de seus nomes serem ocultados por nós. Mas vamos ressaltar a todos que é necessário guardar sigilo sobre todas as informações discutidas, de modo a preservar os seus nomes e suas informações pessoais e de saúde. Ou seja, as informações discutidas nos grupos são sigilosas. Esse compromisso de guardar segredo é uma obrigação ética de todos os profissionais, mas vamos lembrar a todos sobre essa necessidade. Estes prontuários serão manuseados apenas pela pesquisadora assistente, que é enfermeira e também a atual gerente da unidade, e pela sua orientadora de mestrado, que é psicóloga e professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Importante mencionar que fica assegurado o direito à indenização em caso de dano decorrente a participação nesta pesquisa. Os benefícios desta pesquisa envolvem melhorar a comunicação entre os profissionais do CAPS II e os da Unidades Básicas de Saúde, trazendo uma melhor qualidade no atendimento das necessidades dos usuários; fortalecer o cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico, na medida que outros profissionais de saúde estarão mais envolvidos no cuidado necessário; trará maior conforto e segurança ao usuário, que contará com mais profissionais acessíveis e mais próximos. Se você aceitar que seu prontuário faça parte desse estudo, você pode mudar de ideia e desistir a qualquer momento dessa pesquisa, sem qualquer prejuízo. É só falar com a gente através de nossos telefones (que estão abaixo), e seu prontuário será retirado da pesquisa. Não há nenhum custo ou despesa pessoal para você em qualquer fase do estudo, assim como, também não haverá nenhum pagamento para sua participação. Você receberá uma cópia onde consta o telefone, o endereço e e-mail das pesquisadoras, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. A pesquisadora me informou que o projeto foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que funciona na Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. Salvador- BA. CEP: 40.285-001. Tel: (71) 2101-1921, (71)983837127. E-mail: cep@bahiana.edu.br

Pesquisadoras responsáveis: Milena Silva Lisboa, disponível no telefone (71) 99227-0317 e no e-mail milenalisboa@bahiana.edu.br. Ela atua como professora do Mestrado em Psicologia e Intervenções em Saúde e pode ser encontrada com facilidade através do contato mencionado – podendo, portanto, atender participantes da pesquisa para eventuais dúvidas na sede da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que funciona na Av. Dom João VI, nº 275, Brotas, tel.:(71) 3276-8200, fax.: (71) 3276 8202. Salvador- BA. CEP: 40.290-000 ou no endereço pessoal: Rua Engenheiro Milton de Oliveira, nº 192, apto. 102, Barra, Salvador – BA e **Marla Maria Bitencourt Pereira**, disponível no telefone (71) 99182-7593, através do e-mail marlapereira.pos@bahiana.edu.br ou no endereço Rua Nossa Senhora da Saúde nº 132, Edf Quinta do Sol apt. 12, Vila Laura, Salvador –BA. CEP: 40279-190.

Entendo todas as informações fornecidas neste termo de assentimento e aceito participar deste estudo de forma voluntária. Recebi uma cópia desse documento com igual teor, e o outro ficará com o pesquisador responsável. Se você concordar em participar desta pesquisa fornecendo os dados de seu prontuário assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Declaro(amos) que obtivemos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Camaçari-Ba, ____ de _____ de _____

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do responsável legal.



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE
PÚBLICA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO – PROPESP COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Rede de Atenção Psicossocial: Planejamento do cuidado integrado para pessoas em sofrimento psíquico intenso**”, que tem como objetivo analisar quais os desafios no planejamento do cuidado integrado à pessoa com sofrimento psíquico intenso atendidos por um equipamento estratégico da RAPS (CAPS II), em articulação e corresponsabilização com a rede da atenção primária à saúde. A pesquisa também objetiva permitir uma maior compreensão e elaboração acerca dos motivos que levam às lacunas na assistência integrada de pessoas com transtornos mentais no CAPS II – Camaçari/BA; investigar, no funcionamento das ações da clínica ampliada, os dispositivos que suplantariam as lacunas existentes hoje no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico intenso no CAPS II – Camaçari/Ba, a partir de estudo de casos comparativo entre ações construídas para o cuidado de usuários com ou sem articulação com USFs sob a perspectiva dos técnicos que os atendem. O interesse em pesquisar o tema surgiu a partir das questões que envolvem as práticas vivenciadas e percebidas no cotidiano de trabalho como integrante da equipe multiprofissional do CAPS II e Gerente dessa unidade.

Você está sendo convidado(a) a participar de um grupo focal que é um método de coleta de dados dinâmico e envolvente. Pretende-se realizar até quatro encontros, sendo os pesquisados divididos aleatoriamente em até 3 equipes distintas com a participação de até 8 participantes em cada momento, sendo composto por trabalhadores CAPS II e USF preferencialmente de similar proporção. Cada equipe participa de um grupo focal com duração de 1 hora e meia, podendo ser estendido para até dois encontros, caso o tema não seja definido no primeiro momento. Pretende-se realizar o quarto grupo focal com a reunião

de todas as 3 equipes, afim de proporcionar um momento de acolhimento e encontro prazeroso, estímulo ao convite para próximas reuniões acerca do processo de trabalho entre equipes e devolutiva da pesquisadora sobre os momentos assistidos. Nesses grupos, discutiremos alguns casos atendidos pelo CAPS a partir de seus prontuários e refletiremos sobre o Projeto Terapêutico Singular criado para cada um e sua articulação com outras unidades de saúde da região. Os encontros ocorrerão sempre no final do expediente dos servidores- horário previsto às 17:30- 19:00, no auditório do distrito da Costa, o local contém sala adequada no sentido de isolamento acústico e garantia de privacidade, refrigerada, cadeiras e mesas confortáveis para todos os participantes. Aqueles participantes que não possuam condições de deslocamento próprio serão custeados pela pesquisadora o transporte adequado através de carro por aplicativo ou táxi. A fim de garantir o conforto e bem estar dos profissionais envolvidos, será ofertado pela pesquisadora, no início do encontro, *coffee break*, contamos também água a disposição. Os benefícios da pesquisa estão relacionados tanto para a qualificação do processo de trabalho da RAPS do município de Camaçari-Ba, como representa um espaço de valorização do saber dos profissionais presentes, no momento em que são atores ativos na construção da prática do trabalho. Constitui também um momento de interação importante Inter profissionais e acolhimento mútuo entre todos os participantes, onde todas as falas serão legítimas e respeitadas, no processo de escuta ativa. Almeja-se nestes encontros o fortalecimento de vínculos entre os participantes, o compartilhamento das singularidades de atividades e ações de cada serviço, estimular o pensamento crítico sobre a saúde pública brasileira e a nossa responsabilidade. O encontro trará, conseqüentemente, um avanço na qualidade de cuidado prestado ao usuário, despertará possibilidades de estratégias de valorização dos territórios, podendo trazer reflexões importantes sobre a importância do planejamento do cuidado ao portador de transtorno mental e dirige-se para um pensar de construção de ferramentas que possibilitem melhor comunicação entre a Rede de Atenção Psicossocial do município de Camaçari -BA. Os riscos dessa pesquisa referem-se à possibilidade de ocorrer situações de debate entre os participantes do grupo, de desacordos envolvendo o processo de trabalho atual nas unidades de saúde, sobre os fluxos estabelecidos pelo município de Camaçari, responsabilização dos profissionais frente os casos mencionados ou outros aspectos trazidos pelos participantes de ordem pessoal, político e social. Caso ocorra antagonismos

e divergências entre os participantes ou surgimento de temáticas sensíveis que acarretem mobilização no grupo, a pesquisadora irá manejar o grupo de modo a oferecer um espaço participativo e acolhedor, assegurando a todos os participantes o direito à fala e o respeito necessários para que posicionamentos diferentes possam conviver. O acolhimento e a escuta terão prioridade, a fim de tornar o processo grupal seguro e confortável para todos os participantes, em especial àqueles que por qualquer motivo estejam psicologicamente mobilizados, sendo garantido a este o direito de se ausentar ou desistir da participação em qualquer momento. Este termo assegura que, você poderá desistir de participar, sem qualquer prejuízo para você ou qualquer justificativa para o grupo ou para a pesquisadora Marla Bitencourt, mestranda em Psicologia e Intervenções em Saúde. Sua participação é voluntária, não haverá custos materiais ou financeiros para você, bem como não haverá remuneração pela sua participação. Você tem a garantia de plena liberdade de participação na pesquisa, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa, sem ter que justificar sua desistência e sem sofrer quaisquer tipos de coação ou penalidade. Será garantido também um espaço de escuta individual em caso de mobilização, se assim desejar e precisar. Neste caso, ao final do grupo, poderá ser realizado um acolhimento individualizado, de modo a oferecer espaço de elaboração da angústia, de modo a reduzir este risco. Vale lembrar que os grupos focais irão funcionar de modo similar às reuniões de equipe para discussão de casos e PTS. Em caso de danos provenientes comprovadamente da pesquisa, você pode solicitar indenização a partir de processo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa. Esta pesquisa é coordenada pela Prof.ª Dr^a Milena Silva Lisboa, responsável pela pesquisa, associada à pesquisadora Marla Maria Bitencourt Pereira, orientadora do Mestrado de Psicologia e Intervenções em Saúde.

A pesquisadora fará gravação e anotações sobre as falas dos participantes e apenas as pesquisadoras terão acesso a esses registros (que estarão guardados em seus computadores pessoais por 5 anos e depois destruídos). Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em congressos e revistas científicas e os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes.

O conteúdo dos grupos focais, ao final da pesquisa, será formalizado como produto do Mestrado Profissional à sociedade em geral, servindo como contribuição ao

desenvolvimento de tecnologias de cuidado para o fortalecimento da RAPS do município de Camaçari-Ba. É importante registrar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética com Seres Humanos, para garantir a segurança física e emocional de todos que venham a participar dela. Ao final do No documento, você poderá encontrar os dados deste Comitê e poderá entrar em contato, caso deseje realizar uma denúncia ética. Em caso de aceite, este termo deverá ser rubricado em todas as folhas e assinado ao final, em duas vias de igual teor. Você receberá uma cópia onde consta o telefone, o endereço e e-mail das pesquisadoras, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que funciona na Av. Dom João VI, nº 274, Brotas. Salvador- BA. CEP: 40.285-001.Tel: (71) 2101-1921,(71) 983837127. E-mail: cep@bahiana.edu.br **Pesquisadores Responsáveis:**

Milena Silva Lisboa, disponível no telefone (71) 99227-0317 e no e-mail milenalisboa@bahiana.edu.br. Ela atua como professora do Mestrado em Psicologia e Intervenções em Saúde e pode ser encontrada com facilidade através do contato mencionado – podendo, portanto, atender participantes da pesquisa para eventuais dúvidas na sede da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que funciona na Av. Dom João VI, nº 275, Brotas, tel.:(71) 3276-8200, fax.: (71) 3276 8202. Salvador- BA. CEP: 40.290-000 ou no endereço pessoal: Rua Engenheiro Milton de Oliveira, nº 192, apto. 102, Barra, Salvador – BA; **Marla Bitencourt**, disponível no telefone (71) 99182-7593, através do e-mail marlapereira.pos@bahiana.edu.br ou no endereço Rua Nossa Senhora da Saúde nº 132, Edf Quinta do Sol apt. 12, Vila Laura, Salvador –BA. CEP: 40279-190

Entendo todas as informações fornecidas neste termo de consentimento e aceito participar deste estudo de forma voluntária. Recebi uma cópia desse documento com igual teor, e o outro ficará com o pesquisador responsável.

Camaçari-Ba _____ de _____ de _____


Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Participante

ANEXO 1

ANEXO1

IMPRESSO CONTIDO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO UTILIZADO NO CAPS II- PTS

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMACARI RUA FRANCISCO DRUMONT, S/N CENTRO CAMACARI - BA C.N.P.J.: 01210562000394	
Relatório de Atenção Psicossocial no CAPS - PTS			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
Nome do estabelecimento:		CAPS II ORLA	CNES: 5739780
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS			
Prontuário:	168783	Nome:	MARLA MARIA BITENCOURT PEREIRA
CNS:	700906983962492	Sexo:	Feminino
		Data de Nascimento:	27/09/1981
		Nacionalidade:	Brasileira
Raça/Cor:	Não informado	Etnia Indígena:	
		Nome da mãe:	TANIA DOS ANJOS BITENCOURT PEREIRA
Nome do Responsável:		Município de Residência:	SALVADOR
		UF:	BA
Cód. IBGE Município:	2927406	CEP:	45270190
		Endereço:	Nossa Senhora da Saúde S/N
Complemento:		TEL:	7199182759
		TEL2:	
PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS			
Equipe de Referência:		Região de Saúde:	
Técnico de Referência:			
Diagnóstico/Metas			
Pessoal			
Situação:		Ações:	
Objetivo:		Atores:	
Reavaliação		Metas:	
<hr/>			
Social/Relacional/Redes de Apoio e Sócio Aferivas			
Situação:		Ações:	
Objetivo:		Atores:	
Reavaliação		Metas:	
<hr/>			



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMACARI
RUA FRANCISCO DRUMONT, S/N
CENTRO
CAMACARI - BA
C.N.P.J.: 01210562000394

Tarde

Domingo:

Segunda:

Terça:

Quarta:

Quinta:

Sexta:

Sábado:

Noite

Domingo:

Segunda:

Terça:

Quarta:

Quinta:

Sexta:

Sábado:

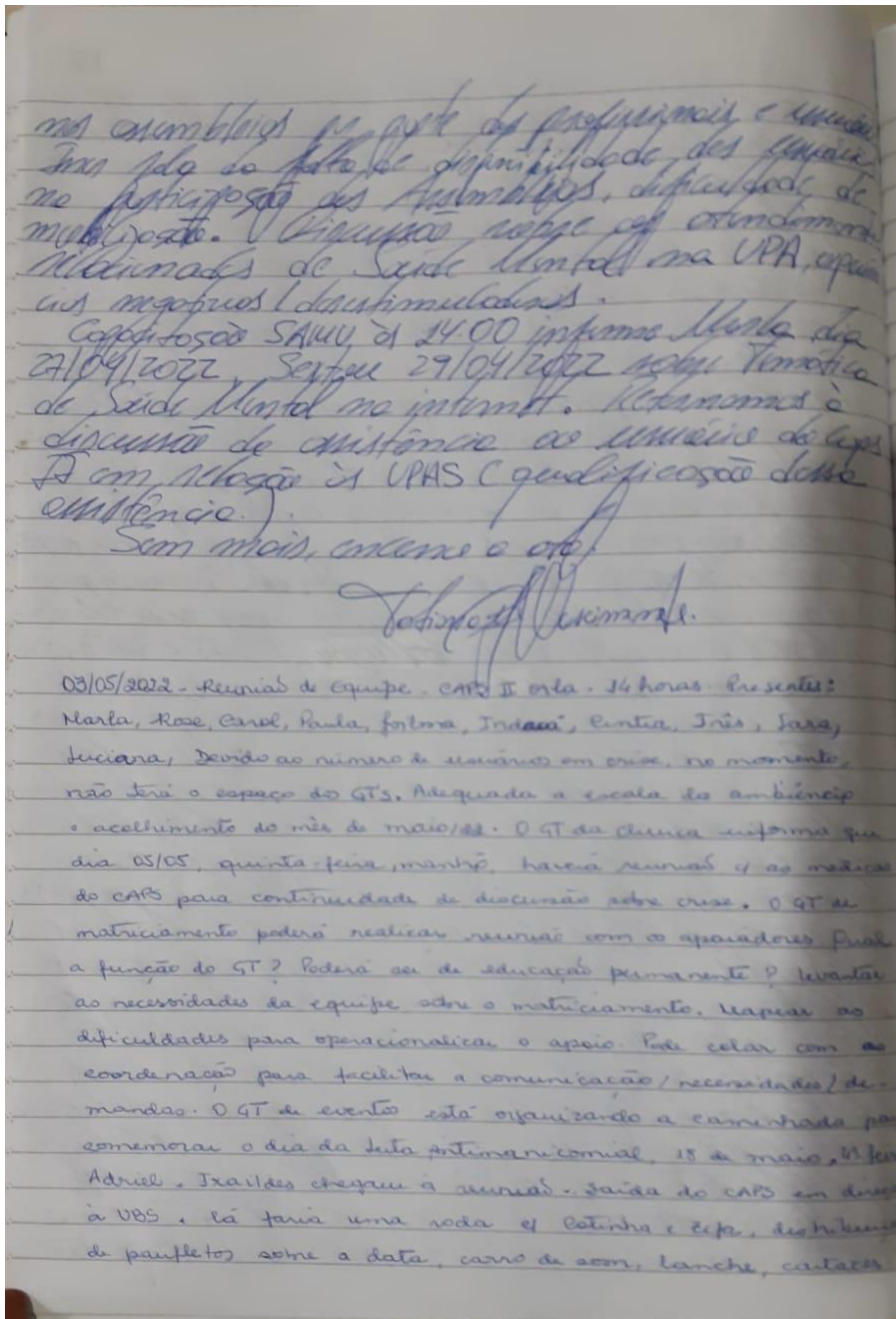
Conduta terapêutica:

Evolução nas atividades coletivas:

Evolução individual nas atividades coletivas:

ANEXO 2

FOTO DA ATA DE REUNIÃO DE EQUIPE CAPS II EM 03/05/22



nem com saúde mental + se coloca disponível para conversar sobre tal situação; sobre desejo de permanecer no serviço. Jara fala da necessidade de avaliar o acolhimento da mãe de um usuário que, pela sua observação seria para o ambulatório + não para o CAPS. Carol fala da necessidade de explicar para os usuários o que é um acompanhamento psicológico, pois chegam pessoas sem nenhuma informação sobre o que é e como funciona a psicoterapia. Discutimos sobre o processo de escuta e avaliação do sofrimento trazido no acolhimento, que poderá ser, no processo, reavaliado o local de cuidado e acompanhamento. Não necessariamente no acolhimento fica explícito onde deveria ser estruturada. Rose informa que fará a Prática Corporal na associação de moradores e que há pouca oferta de atividades em grupo. Caso de Lucas: Carol fala de Rosângela que deveria ficar na intensificação de cuidado no CAPS e que ela está mais receptiva ao cuidado foi um caso que mobilizou a gestal. Ela deveria vir ao serviço amanhã. O grupo de escuta hoje tem 4 usuários. Pensa em abrir novo grupo e pede que os TR's deem suporte para se mobilizarem com frequência. O grupo mobiliza questões que precisam de acolhimento posterior. Paula fala de Adry, que está em crise. O caso foi discutido na reunião de mini equipe. Amanhã ele ficou de vir para o CAPS e que, pelo telefone, disse estar bem. Pede suporte da equipe para o acolhimento diurno dele. Indaiv conta que as crises dele são com rompantes de agressividade. Carol informou que Juan, cujo TR é Tatiana, teve 2 tentativas de suicídio. Está em acompanhamento com a equipe do CAPS Ad, porém se disse frustrado com os atendimentos; não sabe se há de abstinência e entendeu que precisava decidir se usaria ou não a meconha (?). A ambulância dá o suporte no acolhimento diurno. Inês apresenta o ca-

serão feitos os contatos, após levantamento de fases de impacto (Luciana). O GT de processo de trabalho está se organizando para fazer a troca das pastas dos profissionais. Marla informa sobre o seu projeto de mestrado em Saúde Mental da Faculdade Paulista, sobre matriciamento. O projeto de pesquisa tem como objetivo analisar os entraves no planejamento do cuidado a pessoas com transtorno mental grave, assistidas pelo CAPS II, no município de Camaçari - BA, utilizando a tecnologia do PTS, em elaboração conjunta com a ESF. Enquanto estratégia, serão realizados grupos focais para coleta de dados, com técnicos do CAPS II e das equipes das USF's em questão. Serão selecionados alguns usuários para tal análise de caso. Será feito e assinado termo de consentimento livre esclarecido. A equipe presente à reunião concorda com a referida pesquisa. Informes. Será realizado um evento dias 25 e 26/05, sobre PIC'S. Dia 25 será na sede e 26 na orla / premepe. Rose fará Prática Corporal nesse evento. Marla informa da necessidade de assinar a diária da folha de frequência, assim como registrar as faltas, absentes, atestados imediatamente. Registrar, a lápis, na frequência e na folha de registro para memória das informações. Foi disponibilizado o quadro de atividades da academia da saúde, em premepe. Carol fala da necessidade de manter algumas bolas de pilates na sala onde faz atendimento. Juc, através de Carol, questiona sobre a pertinência do uso das vagas para casos que, avaliadas, não se configuram intercôncios. No sistema, hoje, não é denotada as vagas "extras ou de intercôncios", e de retorno. Marla irá verificar as alterações com o técnico do sistema. Carol fala da dificuldade da equipe com os processos de trabalho, com discussões, com processos organizativos que refletem a falta de comprometimento das pessoas, ou parte da equipe. Marla disse já ter refletido sobre essa questão que se pergunta se essas pessoas querem mesmo trabalhar.

17

sendário das assembleias. será às quintas-feiras pela manhã
 até o mês de novembro 26/05; 07/07; 11/08; 15/09,
 30/10 e 24/11. Mês de 12 não tem data prevista.
 sugere ter um café da manhã no início da assem-
 bleia e ter a participação das médicas. Deverá ser feito
 um cartaz para divulgação no mural. encerrada
 a reunião — Rose Belgado, Daniel Soares, Ana Cruz

Quarta 5/12, Juliana Fontana Oliveira, Cintia Silva Passos
 Day Kleber Leite, Maria M. M. M.

10/05/22 - Reunião de Equipe - Pops II, Ota

Presentes: Carla, Lara, Paula, Rose, Cristiano, Bráuldes,
 Geisa, Ariana, Carol, Antia, Cisele, Juliana, Inês
 Adriel, Cláilton.

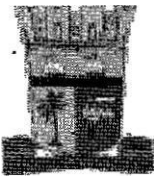
A reunião teve início com os informes. Cisele, Carla e
 Paula falaram das ausências em diferentes datas, por motivo
 de consulta médica. Adriel pede que a equipe informe
 aos pacientes do fechamento da farmácia nos dias
 12 e 13/05 pois estão no metrô e que a equipe
 oriente os pacientes buscando medicação nas unidades
 de Fonte da Lixa e URS de Vila de Arantes.

Em seguida Adriel fala do paciente Maxuel aponta
 do estar melhor, dormindo bem e se comprometeu a
 vir de forma mais assídua ao Pops.

Rose informa que conseguiu ampliar o grupo
 de Práticas esperadas que acontece na associação
 às segundas das 9h às 10h com número maior
 de pacientes e às sextas das 14h às 15h. E que
 os pacientes podem participar os dois dias se
 que não tem mais restrição de número de
 participantes. Daniela iniciou grupo de
 Yoga às segundas das 10h às 11h da manhã.
 Orientou aos técnicos que caso alguém precise
 realizar grupo, enviar ofício à associação.

ANEXO 3

CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE CAMAÇARI-BA

	<p>ESTADO DA BAHIA</p> <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI SECRETARIA DE SAÚDE</p> <p>DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE</p> <p>Rua Oito de Dezembro, no 43 - Centro. CEP:</p>
---	--

CARTA DE ANUÊNCIA

A Diretoria de Planejamento, Avaliação e Monitoramento do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari — BA declara apoio à realização da pesquisa intitulada "Rede de Atenção Psicossocial: Planejamento do cuidado integrado para Portadores de Transtornos Mentais Graves" a ser realizada com trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial — CAPS II e de Unidades de Saúde da Família de Camaçari.

O trabalho será desenvolvido por Marla Maria Bitencourt Pereira, discente do MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA ESCOLA BAHIANA DE

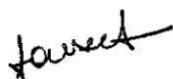
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, sob orientação da Prof.a . Milena Lisboa. O trabalho tem como objetivo analisar quais os desafios no planejamento do cuidado integrado à pessoa com sofrimento psíquico intenso atendida por um equipamento estratégico da RAPS (CAPS II), em articulação e corresponsabilização com a rede da atenção primária à saúde.

Considerando o contexto de pandemia pelo novo corona vírus, COVID-19, todas as entrevistas deverão ser realizadas de forma a assegurar o

distanciamento social e as medidas de higiene preconizadas pelas autoridades sanitárias,

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição Proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações,

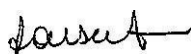
Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e o projeto somente poderá iniciar na Unidade de Saúde, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e equipe de saúde da unidade onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Camaçari, 16 de maio de 2022



Tamy Siraisi Fonseca

Diretora do Departamento
de Planejamento, Avaliação
e Monitoramento do SUS.