

Saúde

(SANTA MARIA)



Interdisciplinar

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 137-148, jul./dez. 2016

A TERAPÊUTICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”

THERAPEUTICS IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTRE IN THE LIGHT OF THE “SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT” DEVICE

Rafaela Quintana Marchesan¹, Ana Luiza Ferrer²

RESUMO

Este estudo analisou a percepção dos usuários acerca do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com dez usuários do serviço, em 2015. A produção de informações ocorreu por meio da técnica de grupo focal. A análise das informações foi realizada com base na hermenêutica Gadameriana. Os resultados apontam para a importância do trabalho de referência na organização do cuidado em saúde mental, por ser baseado no vínculo entre usuários e trabalhadores. Além disso, o CAPS foi percebido como um dispositivo de cuidado efetivo pelos participantes, embora o Plano Terapêutico Singular que norteia a terapêutica apresente limitações importantes, restringindo-se a inserção dos usuários nas atividades do serviço. Por fim, considera-se que esta pesquisa poderá subsidiar trabalhadores e gestores em prol de uma maior qualidade no cuidado prestado em saúde mental.

Descritores: Saúde Mental; Assistência Centrada no Paciente; Reabilitação; Apoio Social; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This study analyzed the perception of users about Singular Therapeutic Project at a Psychosocial Care Centre (CAPS) in a city in the interior of Rio Grande do Sul. It is a qualitative research, carried out with ten users of the service, in 2015. Information was produced based on the focal group technique. Information analysis was based on Gadamerian hermeneutics. Results highlight the importance of the reference work regarding the organization of the mental health care, since it is based on the bond among users and workers. Moreover, CAPS was perceived as an effective device of care by the participants, although the Singular Therapeutic Plan that guides the therapeutics presents important limitations, restricting the insertion of users in the activities of the service. Final considerations convey that such research may subsidize workers and managers, as regards improvement of quality of care offered in mental health.

Descriptors: Mental Health; Patient-centered Care; Rehabilitation; Social Support; Mental Health Services.

¹ Residente em Saúde Mental pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

Introdução

A partir da literatura disponível, percebe-se que várias foram as transformações empenhadas nas relações entre sociedade e loucura e, conseqüentemente, nas práticas e instituições direcionadas a "tratá-la", a partir do movimento que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica¹. No modelo tradicional, o tratamento dispensado ao paciente psiquiátrico não o entendia como sujeito ativo e corresponsável por seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava o contexto em que ele estava inserido, pois o olhar voltava-se exclusivamente para a doença. Já o modelo de atenção psicossocial tem como premissas a valorização do saber e das opiniões dos usuários e da família, o que é viabilizado na construção do chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS)².

Este dispositivo, que foi pensado com a intenção de romper com as relações manicomiais e com as formas excludentes de tratamento antes estabelecidas, implica pensar de forma singularizada em como diminuir o sofrimento de um usuário e proporcionar-lhe possibilidades de resgatar vínculos com a vida³. Para que isso seja possível, a construção de um Plano Terapêutico Singular pressupõe uma concepção de sujeito que o considere em sua complexidade e contemple os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais que o constituem².

Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as estratégias de intervenção são planejadas por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, ferramenta importante para o desenvolvimento do cuidado, na medida em que serve de eixo de referência para guiar as ações dos profissionais na busca para atender à inserção social e à reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico grave⁴. Segundo a legislação que discorre sobre o conceito de Projeto Terapêutico, o mesmo define-se como o conjunto de objetivos e ações voltados para a recuperação do usuário do serviço, desde a admissão até a alta. Configura-se, assim, como um instrumento de gestão que deve contemplar o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares adequados às características da clientela, compatibilizando a proposta de cuidado com a necessidade de cada usuário e de sua família⁵.

Dentre questões significativas que norteiam a construção de um Projeto Terapêutico Singular, salienta-se a importância da esfera relacional intrínseca à construção de um projeto singularizado de cuidado, visto que a terapêutica individual é, antes de tudo, uma nova relação a ser experimentada com alguém, com quem teremos que construir algo, sem que se possa antecipar como será essa relação, pois essa pessoa é única e diferente de todas as outras. Desta forma, na base de todo Plano Terapêutico Singular está uma relação interpessoal dual, um encontro entre dois estranhos, um que espera alguém necessitado de cuidado e outro que dele precisa, a seu modo³.

Outros autores corroboram essa questão, ao mencionarem que a realização de uma clínica ampliada só é possível a partir da construção de responsabilidade singular e vínculo estável entre profissional de saúde e usuário. Isto, posto que o contato esporádico e vertical de diferentes profissionais, sem um coordenador para cada caso, pode comprometer e fragmentar o cuidado, de modo que todas as ferramentas que facilitem a vinculação do usuário com algum profissional devem ser adotadas. Este Profissional de Referência, como é chamado, terá a responsabilidade de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela instituição, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços quando necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema⁶.

Apesar dessa responsabilidade que o Profissional de Referência terá de assumir, é importante que ele possa confiar na instituição em que trabalha, sentindo-se amparado pelos colegas de equipe nos momentos difíceis dessa nova relação³. Isto, tendo em vista que no cerne de toda a construção de um Projeto Terapêutico Singular também estão presentes a interdisciplinaridade e a integração de diferentes saberes e fazeres.

Por fim, com base nas considerações apresentadas a respeito da importância desse dispositivo, este estudo se propôs a analisar a percepção dos usuários acerca do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Interpeladas pela realidade vivenciada neste serviço de saúde mental, pôde-se observar que havia uma problemática em relação à excessiva permanência dos usuários no CAPS. Essa problemática envolvia algumas questões importantes, dentre as quais a forma como é construído o Projeto Terapêutico Singular e a não vinculação e circulação dos usuários por outros pontos e dispositivos no território. Com base nisso, a questão que se colocou e se tornou objeto de investigação nesta pesquisa foi: Como a construção do Projeto Terapêutico Singular tem contribuído na problemática da excessiva permanência dos usuários no CAPS? A partir desta questão nos propomos a investigar: Qual a percepção dos usuários acerca do Projeto Terapêutico Singular traçado no CAPS? Que atividades e intervenções ele possui? Ele dá conta das necessidades dos usuários? Como os usuários entendem o arranjo Profissional de Referência? Como se dá a relação com estes profissionais?

A importância da pesquisa é sustentada pelo fato de que esse dispositivo organiza e norteia a terapêutica ofertada aos usuários no CAPS, de modo que sua análise, a partir da percepção de quem o vivencia, constitui-se fundamental para aprimorar a assistência prestada. Espera-se, assim, que este estudo possa subsidiar e instrumentalizar a atenção, formação, gestão e controle social para que se busquem ações em prol de uma maior qualidade dos atendimentos prestados no serviço e na rede de saúde mental como um todo.

Metodologia

A pesquisa em questão utilizou o método qualitativo^{7,8}, tendo em vista o interesse pela apreensão de informações de natureza subjetiva, ou seja, os sentidos e as significações que os participantes têm sobre a temática proposta. O estudo foi guiado pela teoria hermenêutica Gadameriana^{9,10}, a qual entende que os sujeitos pertencem à uma realidade histórica e que sua linguagem é limitada ao tempo e ao espaço em que foi construída, sendo necessário considerar o contexto de produção e as tradições que o sustentam.

O destaque do objeto se deu através da suspensão dos preconceitos dos pesquisadores sob a forma de perguntas, sendo este movimento possível a partir do presente e interesse dos pesquisadores. Este movimento é constituído por dois horizontes (passado-presente), uma vez que os pesquisadores são interpelados pela própria tradição sobre o tema. O destaque do objeto é apropriado pois não faz o tradicional recorte, amputando-o de suas condições de produção, mantendo uma relação recíproca com o contexto do qual foi destacado. Nesta pesquisa, o objeto de estudo é a percepção dos usuários acerca do Projeto Terapêutico Singular, destacado do contexto de um CAPS II e de uma rede comprometida com o avanço da Reforma Psiquiátrica¹¹.

O local da pesquisa consiste em um CAPS do tipo II, localizado em um município do interior do Rio Grande do Sul, que trata adultos com transtornos mentais graves e persistentes¹². A escolha pelo local é justificada pela atuação de uma das pesquisadoras no serviço durante dois anos, enquanto residente em saúde mental. Integraram a pesquisa dez usuários do referido CAPS, com tempo de tratamento no serviço entre oito e quinze anos, e que faziam uso do CAPS com uma frequência de dois a seis turnos por semana, conforme o Plano Terapêutico Singular traçado.

Foram convidados a participar do estudo aqueles usuários com maior tempo de tratamento no CAPS e que faziam uso do serviço com maior intensidade, dados que foram obtidos por intermédio do levantamento de dados nos prontuários do serviço. Tais critérios de seleção se justificam pelo fato de que, para cumprir com o objetivo desta pesquisa, interessavam aos pesquisadores a participação de usuários que utilizavam o serviço há algum tempo e que seguiam um Plano Terapêutico Singular. Assim, com estes critérios seria possível aprofundar a reflexão sobre o tema, captar a dinâmica relacional e compreender as representações e os símbolos, incorporando o significado e a intencionalidade inerentes aos fenômenos, como prevê o método qualitativo¹³.

A coleta das informações foi realizada por meio da técnica de grupo focal^{14,15} com a realização de um grupo com os dez usuários participantes, no mês de outubro de 2015, em uma sala de atendimento grupal do Centro de Atenção Psicossocial. Ressalta-se que o número de usuários convidados está de acordo com a literatura, a qual prevê, para a técnica de grupo focal, um número entre seis e doze participantes¹⁶.

Além dos usuários mencionados, o grupo foi acompanhado pela autora da pesquisa, na função de moderadora, e por um observador responsável pelas anotações. Alguns estudos^{14,17} consideram benefícios nos casos em que a condução dos grupos focais é realizada pelo próprio pesquisador ou pela equipe de pesquisa, a exemplo do enfoque em questões de principal interesse para a pesquisa. Além disso, o pesquisador, quando no lugar de moderador, pode avaliar junto com o próprio grupo a pertinência de suas construções ou concepções teóricas, testando suas possíveis interpretações por meio da discussão com os próprios participantes.

Entretanto, o pesquisador/moderador deve atentar para alguns cuidados¹⁴, os quais foram considerados nesta pesquisa, a fim de garantir a fidedignidade das informações. Estes cuidados incluem o não posicionamento diante da discussão, pois o moderador deve ser apenas um facilitador que cria condições para que a discussão flua entre os participantes, controlando seus próprios julgamentos e censuras. Além disso, atentou-se para a criação de uma atmosfera permissiva e não ameaçadora entre os participantes, de tal modo que todos se sentissem encorajados a contribuir.

No que se refere às questões norteadoras que basearam a condução do grupo focal, incluíram questionamentos acerca dos dispositivos "Projeto Terapêutico Singular" e "Profissional de Referência", tais como a participação dos usuários e da família na construção do Projeto Terapêutico Singular; a organização do PTS (que atividades/intervenções possui); a

efetividade do Projeto traçado e sua reavaliação; a quem os usuários procuram no serviço quando necessitam de ajuda e por que procuram esse(s) profissional(is); como é a relação dos usuários com este(s) profissional(is) e se conseguem acessá-lo(s) quando necessitam; o que levaram em consideração na escolha dos Profissionais de Referência e, ainda, o que gostariam que fosse diferente com relação à esses dispositivos. Ressalta-se que as categorias apresentadas nos resultados foram criadas a partir das questões norteadoras do roteiro do grupo focal.

O encontro teve duração aproximada de duas horas, sendo gravado em áudio, com a autorização prévia dos participantes. Além disso, as falas dos participantes foram transcritas na íntegra, sendo o material de base para a análise e interpretação. Foram expostas nos resultados as falas com maior impacto e relevância textual.

No processo de análise das informações tomou-se por base a hermenêutica Gadameriana⁹. Conforme este referencial, a compreensão é sempre um comportamento produtivo e nunca somente reprodutivo, de modo que a cada vez que nos dispomos a compreender algo, compreendemos de uma forma diferente. Assim, a análise torna-se circular, partindo do princípio hermenêutico de um círculo não vicioso, mas de uma espiral, pois apesar de sermos obrigados a passar pelo mesmo lugar, passa-se sempre em uma altitude diferente, ou seja, com uma compreensão ampliada. A ideia do círculo hermenêutico faz referência ao movimento constante de rotação entre uma parte do texto e seu significado total, de maneira que "quando fazemos sentido de um fragmento do texto, estamos simultaneamente interpretando o todo"¹⁸.

Inicialmente, realizou-se a leitura do material transcrito a partir do grupo focal, obtendo-se, neste primeiro momento, uma compreensão possível. Em um segundo momento, atentou-se para a literatura disponível a respeito das questões que foram discutidas no grupo focal com os usuários, ampliando a compreensão dos temas debatidos. Em um terceiro momento, dialogou-se o material do grupo focal com a literatura, ressaltando as convergências e divergências, expostas na discussão. Esse movimento de entendimento, que é a interpretação, está orientado pelo que se denomina *Fusão de Horizontes*: "Um texto, ou até mesmo um evento dentro do mundo que interpretamos, tem seu próprio horizonte de significado. A interpretação está situada dentro do horizonte mútuo do intérprete e da coisa a ser interpretada"^{18:13}. Neste sentido, ter um *horizonte* é ter uma perspectiva sobre o mundo. Este *horizonte* estará sempre conectado com o passado, não de maneira a nos mantermos presos a ele, mas situados constantemente num presente por meio do qual o passado nos fala¹⁸.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto que antecedeu esse estudo foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sendo aprovado sem restrições no dia 05 de outubro de 2015, com número do CAAE 48591615.9.0000.5346.

Resultados

A relação profissional-usuário e o dispositivo "Profissional de Referência"

A condução de uma terapêutica efetiva em saúde mental e a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que se proponha a atender às reais necessidades da pessoa em sofrimento psíquico grave, pressupõem a existência de responsabilização e vínculo entre usuário e profissional, o que pode ser viabilizado por intermédio do dispositivo "Profissional de Referência". A partir da análise do grupo focal realizado com os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, percebeu-se que esta ferramenta é, de modo geral, conhecida e utilizada pelos usuários, visto que quando indagados a respeito de quem procuram no serviço quando necessitam de algum suporte, referem que o solicitam aos profissionais que escolheram como sua referência.

Os usuários afirmam, ainda, que possuem dois ou três Profissionais de Referência cada um, os quais são escolhidos por eles, compondo miniequipes. Quanto aos aspectos que motivam a escolha do usuário por acessar determinados profissionais e eleger-los como seus Profissionais de Referência, o grupo aponta como alguns dos aspectos mais valorizados a afinidade com o profissional e o conhecimento que ele possui a respeito do usuário, ou seja, sobre sua história de vida, doença e tratamento, por exemplo.

Então, quando eu preciso falar alguma coisa, eu até não me importo de falar com outros [profissionais], assim, mas também não pode ser muito novo, que eu não conheça muito, tem que ter um pouquinho de afinidade pra mim poder me abrir, mas as coisas bem mais íntimas mesmo, aí é só com a psicóloga que é a minha profissional de referência. (Grupo focal com os usuários)

Em consequência disso, os usuários relataram, com frequência, dificuldade em solicitar auxílio e atendimento por parte de outros profissionais, especialmente os mais novos, por receio de serem menos compreendidos. Além disso, a dificuldade em solicitar auxílio de outros integrantes da equipe parece estar alicerçada na crença de que os profissionais que não se ocupam diretamente do caso estariam menos disponíveis a atendê-los:

Eu já tive ruim mas eu não tive com quem falar porque eu não conhecia, os profissionais eram todos novos aqui [...] não pedi porque se eu pedisse eu sabia que não ia dar certo, na minha cabeça eu sabia que não ia dar certo porque ele [o profissional] não me conhecia [...] e será que esse profissional vai aceitar conversa com a gente? (Grupo focal com os usuários)

Uma problemática que implica diretamente na questão do vínculo entre usuários e trabalhadores e no dispositivo do Profissional de Referência, e que também é apontada pelos participantes da pesquisa consiste na grande rotatividade de profissionais dentro do serviço, dada pela precariedade do vínculo de trabalho (no caso dos profissionais contratados), pela transferência dos profissionais efetivos à outros serviços e, ainda, pela troca dos profissionais residentes e estagiários à todo o ano.

Assim, apesar da ferramenta do Profissional de Referência ser apontada como uma estratégia interessante para os serviços de saúde mental organizarem seu trabalho e a atenção ao usuário, considera-se importante que o acesso do usuário não se limite à sua equipe de referência, de modo que a equipe como um todo esteja disponível, quando necessário. Isto, tendo em vista que a saída ou ausência dos Profissionais de Referência do usuário no CAPS não deve provocar prejuízos demasiados ao seu tratamento:

O único acesso que eu tenho aqui é a [profissional de referência] [...]. Eu to sempre dizendo pra ela "se um dia tu for embora aqui do CAPS, eu vou embora junto, eu não fico mais, eu não fico mais". (Grupo focal com os usuários)

Outro aspecto valorizado pelo grupo na escolha dos Profissionais de Referência e que melhora a qualidade do vínculo entre usuário e profissional de saúde mental diz respeito ao envolvimento e implicação que este demonstra com o caso, sua disponibilidade em atender as necessidades do usuário e o tratamento que dispensa à eles. Em relação à isso, é importante destacar que, apesar da maioria dos participantes afirmar que possui uma boa relação com os profissionais, especialmente com a Equipe de Referência, e que conseguem acessá-los quando necessário, estiveram presentes alguns relatos de experiências não tão boas junto aos profissionais, como pode ser percebido no trecho a seguir:

Até hoje eu acho que não encaixei direito com um profissional. Agora, a última profissional de referência, parece que é ela que me procura, não sou eu que procuro ela [...] ela é muito seca, não desenvolve o raciocínio sabe, ou então acha que é bobagem, que é besteira, não leva em consideração o que eu to falando [...] ela me disse assim ó: "Ah, agora só daqui um mês, tu não vem me procura antes". (Grupo focal com os usuários)

A terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial à luz do dispositivo "Projeto Terapêutico Singular"

Quando da chegada dos usuários até o serviço CAPS, é comum que um ou mais profissionais do serviço realizem um acolhimento, a fim de conhecer a pessoa que está demandando alguma ajuda e traçar meios para suprir algumas de suas necessidades. Quanto ao procedimento formal da realização do acolhimento, os participantes da pesquisa referem que foi realizado de forma individual, por um profissional, momento em que se definiram quais atividades o usuário realizaria no serviço, com ênfase para a sua inserção em grupos e agendamento da consulta psiquiátrica.

A terapêutica ofertada aos usuários pelo CAPS é organizada por intermédio do chamado Plano Terapêutico Singular, dispositivo adotado pelo serviço no final do ano de 2013. Durante a realização do grupo focal percebeu-se, entretanto, que a maior parte dos usuários não tinha conhecimento sobre o significado dessa ferramenta. Apenas dois integrantes do grupo demonstraram maior afinidade com esse dispositivo, os quais apontaram que o mesmo tem a finalidade de sistematizar quais atividades e atendimentos o usuário realizará dentro do serviço:

Plano Terapêutico é pra distribuir nos grupos, pra fazer grupo, pra não ficar ansioso, daí vai participar dos grupos, eu acho que é isso [...]. É pra definir o que a pessoa vai fazer, quantos dias ela vai vim, os grupos que ela vai participar, definir como é que vai ser o tratamento dela. (Grupo focal com os usuários)

No tocante à percepção dos usuários sobre a terapêutica ofertada nota-se, inicialmente, que a ênfase especial é atribuída à medicação psiquiátrica, referida como recurso fundamental e indispensável, sendo responsável por conferir estabilidade e bem-estar ao usuário. Entretanto, para além do tratamento medicamentoso, outros dispositivos também começam a ser reconhecidos como importantes pelos usuários, em especial a participação nos grupos oferecidos pelo CAPS, o atendimento psicológico e a escuta.

Quando indagados sobre como se dá a construção do Plano Terapêutico Singular, o grupo apresenta certa ambiguidade em relação ao fato de sentir que suas opiniões são valorizadas nesse momento. Assim, referem que, apesar de escolherem, por vezes, quais atividades e grupos gostariam de participar, falta maior pactuação e as decisões partem, em muitos momentos, majoritariamente da equipe técnica, especialmente no que diz respeito à diminuição da vinda dos usuários ao CAPS:

Aqui tem um problema, aqui te tiram dos grupos e não te dão satisfação [...]. Eu frequentava todos os dias, era de segunda a sexta, aí de repente foi cortado, fiquei só com os grupos da [profissional de referência] [...]. Antes eu frequentava o grupo psicoterapêutico, me tiraram do grupo, me disseram "tu tá bem", mas não sabem o interior da pessoa como é que tá, perguntou pra mim se eu tava bem? (Grupo focal com os usuários)

Percebe-se, assim, que a diminuição da vinda ao CAPS e o fato de o tratamento se tornar menos intensivo não é sentido como positivo pela maior parte dos usuários que compuseram o grupo focal, os quais não atribuem essa reformulação do PTS à uma melhora. Justificam, assim, que a menor frequência no serviço e a saída de determinadas atividades e grupos se deve ao inchaço do serviço, e ao fato de ter que ceder a vaga para outros usuários mais adoecidos.

Outra questão explorada durante a realização da pesquisa de campo diz respeito à participação da família no cuidado dos pacientes e na construção do Plano Terapêutico Singular. Com relação à isso, alguns participantes relatam a falta de apoio familiar, referindo que os familiares não participam do tratamento junto ao CAPS. Além disso, demarcam que a família não compreende o adoecimento do usuário e, por vezes, contribui para o agravamento da condição de sofrimento:

Eu tenho pra dizer que os familiares não levam a gente a sério, muitos familiares, no meu caso, eles me discriminavam pelo meu problema sabe, daí não tinha aquele diálogo, eu tentava conversar, puxava assunto e eles achavam que era coisa de maluco, não davam muita bola [...]. Não ajudam a gente né, a gente se sente lá embaixo com eles. (Grupo focal com os usuários)

Por outro lado, também houveram relatos em que a família foi apontada como suporte importante, sendo corresponsável pela melhora dos usuários. Entretanto, nota-se que, em alguns casos, o papel importante atribuído aos familiares diz respeito, predominantemente, ao controle do uso das medicações psiquiátricas.

Quando indagados a respeito da efetividade que atribuem à terapêutica ofertada pelo serviço por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, os usuários consideram que obtiveram resultados positivos. Neste aspecto, é importante ressaltar que, para além das atividades estruturadas do CAPS, tais como grupos, oficinas, tratamento psiquiátrico e psicológico, aparece no discurso dos usuários de forma bastante predominante o espaço de socialização que o CAPS viabiliza e a possibilidade de se construírem novas relações:

A gente conhece amigos, faz amigos [...] conversa com gente diferente, a gente faz coisas diferentes, como nós que temos o grupo da feira né, a gente vai na feira, a gente conhece gente, a gente participa, a gente não vai lá pra vender, a gente vai lá pra participar, pra conhecer gente. (Grupo focal com os usuários)

O Centro de Atenção Psicossocial no discurso dos usuários

Outra questão que se considerou importante explorar durante a realização da pesquisa diz respeito à percepção que os usuários possuem a respeito do CAPS, buscando compreender qual o entendimento que possuem acerca da função desse serviço e que efetividade outorgam à ele. De maneira unânime e bastante sólida, os usuários atribuem ao CAPS um marco significativo, referindo que o ingresso no serviço possibilitou maior estabilidade e a diminuição das internações psiquiátricas.

Eu queria dizer que o CAPS foi bem importante pra mim, assim, decisivo pra eu ficar estável. Há uns nove anos atrás, eu tive a minha última internação, e de lá o médico me encaminhou pro CAPS. Quando eu entrei no CAPS tava bem ruim, e ao longo do tempo foi passando, eu comecei a me inserir nos grupos, aí eu nunca mais tive nenhuma internação. (Grupo focal com os usuários)

Além disso, os participantes da pesquisa reconhecem que o modelo de cuidado oferecido pelo CAPS trouxe maiores benefícios, se comparado ao atendimento ambulatorial recebido anteriormente, referindo que apenas as consultas ambulatoriais e a medicação psiquiátrica não davam conta da complexidade do caso. Isto, especialmente no que diz respeito a outros recursos que fazem parte do cotidiano do CAPS, tais como grupos, espaços de encontro e socialização, como já mencionado.

No tocante à função do CAPS, os usuários acreditam que são alguns dos objetivos deste serviço a integração do paciente na sociedade e o seu fortalecimento para lidar com as dificuldades da vida, especialmente com as relações familiares. Além disso, os participantes da pesquisa percebem no CAPS um acolhimento especial, onde é possível se expressar e receber orientação.

Como consequência da forte referência que o serviço representa para os participantes da pesquisa, alguns usuários mencionam, em vários momentos do grupo, que não conseguem imaginar sua vida sem o CAPS. Essa necessidade parece estar relacionada, ainda, a ausência de outras redes de apoio, em especial, a familiar:

A questão de se desvincular do CAPS, dar alta, eu acho que depende de cada um, eu por exemplo, pela família que eu tenho, eu vou ficar no CAPS o resto da vida [...]. Eu sempre considero, assim, o CAPS como a minha segunda família né, minha segunda casa. (Grupo focal com os usuários)

Discussão

A complexidade que envolve o trabalho dos CAPS exige a utilização de dispositivos que facilitem a aproximação singularizada entre profissionais, usuários e o território de vida destes, a fim de possibilitar um acompanhamento que seja sensível às necessidades particulares de cada sujeito^{19,11}. Isto pode ser viabilizado por intermédio do trabalho de referência - baseado no vínculo entre trabalhadores e usuários - e da construção de Projetos Terapêuticos Singulares¹¹.

Inicialmente, os usuários que acessam o CAPS em busca de atendimento são recebidos pelo profissional destinado a realizar o acolhimento, etapa inicial do processo de cuidado². Este momento deve ser constituído de uma escuta sensível e cuidadosa, que pressupõe dar voz à pessoa, à família ou ao grupo que demanda ajuda, para que falem sobre seus problemas, expectativas e tentativas de intervenção²⁰. A este profissional caberá, portanto, a tarefa inicial de acompanhar o caso e construir de modo compartilhado o Projeto Terapêutico Singular daquele usuário, tornando-se o Profissional de Referência para o caso²¹.

Após algum tempo de inserção no serviço, este profissional poderá ser modificado pois, como mencionado nos resultados, os usuários têm a opção de escolher quais serão seus Profissionais de Referência, podendo indicar até três técnicos. Em conformidade com o que a literatura prevê, essa escolha é pautada pelo vínculo existente entre usuário e trabalhador, compreendido como uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa^{20,22}.

Em um estudo realizado¹¹ identificaram-se, ainda, outros dois fatores fundamentais para o bom funcionamento do trabalho de referência: a constância do acompanhamento e a disponibilidade dos profissionais em acompanhar os usuários nas diversas questões que lhes são necessárias, aspectos que também são apontados pelos participantes da

pesquisa. Em relação à constância do acompanhamento, observa-se que a rotatividade de profissionais dentro do serviço é um fator que dificulta a efetivação do trabalho de referência. Outros autores corroboram essa questão, ao pontuarem que a gestão dos recursos humanos em saúde deve pressupor que o cuidado em saúde se dá a partir de dispositivos como vínculo e responsabilização, de tal forma que urge a concretização das propostas da Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, assegurando a efetiva vinculação empregatícia dos trabalhadores de saúde²³.

No que diz respeito à disponibilidade do profissional em atender as demandas do caso para o qual está como referência, é importante ressaltar que, para além de uma escolha baseada unicamente no desejo do usuário, é necessário que os profissionais se identifiquem e reconheçam a singularidade da pessoa que busca ajuda, estabelecendo uma relação empática que pode contribuir para o envolvimento com o caso e práticas menos burocratizadas^{11,24}. Coordenar um PTS exige, assim, disponibilidade afetiva e de tempo para organizar e ativar diversas instâncias²⁰. Sabe-se, entretanto, que a natureza e a diversidade de funções que envolvem o trabalho dos profissionais de referência constituem um aspecto que dificulta a sustentação da clínica. Dentre essas funções, encontram-se as denominadas de "burocráticas", tais como preenchimento de procedimentos realizados, informações em prontuários e formulários para aquisição de benefícios, além daquelas ligadas à sobrevivência dos usuários, como aquisição de documentos pessoais, alimentação e moradia. Essa gama de funções, quando não discutidas e compartilhadas, geram sobrecarga de trabalho e sofrimento para os trabalhadores¹¹.

O modelo de equipe de referência adotado parece útil, nesse sentido, para viabilizar a discussão interdisciplinar dos casos e a divisão de tarefas e responsabilidades. Contribui, ainda, para a vinculação dos usuários com mais de um profissional e para que este evite sua própria cronificação, uma vez que é questionado por outras concepções científicas e chamado a desenvolver práticas para além do seu núcleo profissional¹¹.

Além disso, a literatura aponta que, embora o trabalho de referência facilite a condução singularizada, o vínculo e a responsabilização pelos casos, cabe a todos os membros da equipe fazer o acompanhamento longitudinal do processo saúde/doença/intervenção de cada usuário, numa perspectiva responsável e resolutiva²⁵. Este aspecto torna-se imensamente importante quando, ao escutarmos os usuários, evidenciamos que existem ressalvas em solicitar o apoio de outros profissionais que não compõem a sua equipe de referência, lógica que acaba por fazer com que o usuário não receba assistência em certos momentos e que sobrecarrega os Profissionais de Referência como únicos responsáveis por responder às demandas do caso. Nesse sentido, sugere-se que o funcionamento das equipes requer permanente construção de pontes que permitam a circulação dos usuários pelo serviço e pelos diversos profissionais, o que possibilita distintos espaços de expressão e acolhimento para as suas experiências^{26,11}.

No tocante, mais precisamente, ao dispositivo Projeto Terapêutico Singular, sua construção inicia-se tão logo ocorra a admissão do usuário no Centro de Atenção Psicossocial, questões que são tratadas no espaço do acolhimento. A respeito da noção de Projeto presente na literatura, remete-se à um "plano-ação", que engloba uma visão global da situação social existencial e de saúde mental do usuário, articulando meios de responder às suas demandas. Esse plano-ação orienta, em termos gerais, as decisões e se configura como um "lançar para diante" práticas em invenção, preocupadas com a inserção social e a qualidade de vida do usuário²⁷. Para responder à isso, o Projeto articula saberes e práticas de uma equipe multidisciplinar, bem como de equipamentos comunitários que possibilitem à inserção do usuário em seu próprio meio².

Alguns referenciais sugerem a utilização de um roteiro norteador que pode ajudar na organização de um Projeto Terapêutico Singular, ao estabelecer momentos distintos, dos quais: a) o diagnóstico situacional das necessidades, vulnerabilidades, potencialidades e do contexto social; b) a definição sobre quais questões se pretende intervir, utilizando como balizadores a inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social do usuário; c) a divisão de tarefas e responsabilidades; d) a reavaliação do PTS, mantendo ou redirecionando as intervenções conforme as necessidades, o que pode ser realizado em diversos momentos que incluem encontros com o usuário, a família, reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outras instituições implicadas com o PTS^{28,29}.

Ao escutarem-se os usuários, entretanto, percebe-se o quanto a noção de Projeto Terapêutico Singular mencionada por eles aparece simplificada, diminuída em sua essência, ao resumir-se à inserção do usuário em atividades do serviço. Não é de se estranhar, pois, que os usuários percebam como extremamente negativo a diminuição da frequência ao CAPS, por meio da reformulação do PTS, na medida em que o serviço tem se apresentado como uma das únicas possibilidades para esses sujeitos.

Questiona-se, assim, se os profissionais não estariam destinando demasiadamente seus investimentos para o cotidiano do CAPS, em detrimento da construção de um trabalho compartilhado com outros equipamentos. Identifica-se, dessa forma, que a clínica dos pacientes psicóticos tem permanecido localizada dentro dos CAPS e, em certa medida,

dissociada de práticas radicadas no território dos pacientes, o que favorece o excesso de responsabilização dos profissionais pelos usuários e a relação de dependência destes para com o serviço, aspecto que aparece com força nos resultados¹¹.

Nota-se, entretanto, que os profissionais, muitas vezes, não contam com o apoio de atores fora do CAPS, de modo que é preciso considerar também a necessidade de ações da política de saúde e de intersetorialidade que ofereçam recursos para o trabalho junto ao território. A constituição de redes externas ao CAPS tem sido reconhecida como essencial, mas de difícil sustentação, devido à escassez de recursos comunitários e à sobrecarga do trabalho associada, principalmente, ao grande número de pacientes. A exemplo disso, o trabalho de apoio matricial oferecido à rede básica de saúde tem sua efetividade comprometida na medida em que a atenção básica também se encontra sobrecarregada, com pouco tempo para a construção de um trabalho compartilhado com o CAPS e com dificuldade em destinar a atenção devida aos pacientes de saúde mental¹¹.

Para amenizar os impasses e dificuldades que são colocados na efetivação de uma clínica ampliada e na construção de um PTS, a literatura, inspirada na abordagem e no trabalho de Redução de Danos, enfatiza a importância de considerarmos o que é possível realizar das expectativas e metas traçadas, situando o que fica entre o *ideal* e o *real*¹⁰. A caracterização do que é *possível* deve levar em consideração o quanto a realização das expectativas e metas para a resolução dos problemas depende dos agentes envolvidos – a pessoa cuidada, os profissionais de referência, a equipe de saúde, os familiares – ou envolve outras instâncias a serem ativadas, e se elas estão disponíveis. Assim, a pactuação do que é *possível* fazer deve incluir todos os envolvidos, o que estimula o compartilhamento e a cogestão do processo de cuidado²⁰.

Apesar das limitações apontadas, ao escutarem-se os usuários percebe-se que é inegável o avanço que o CAPS tem representado em relação à estrutura manicomial anterior, na medida em que se configura como uma referência importante para os usuários e tem contribuído para a diminuição das crises e internações psiquiátricas dos sujeitos em sofrimento psíquico grave³¹. Este fato parece estar relacionado a uma proposta terapêutica alicerçada no Modelo da Atenção Psicossocial e na lógica de funcionamento do CAPS – o qual oferece cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, devendo oferecer diversos recursos terapêuticos, a exemplo de atividades individuais, grupais, recreativas, de socialização e convivência^{32,21}, embora aspectos do Modelo Asilar, como a medicalização, ainda tenham força.

Apesar da ênfase posta pelos usuários sob a medicação psiquiátrica, percebe-se que ela parece ser entendida como parte importante, porém não única, do processo terapêutico. Isto, na medida em que se reconhece que a medicação deve vir acompanhada de outros recursos terapêuticos, com a valorização dos grupos, do atendimento psicológico, da escuta, do espaço de socialização que o CAPS viabiliza e da possibilidade de se construírem novas relações, aspecto importante em se tratando de pessoas em sofrimento psíquico grave que, por vezes, apresentam alto grau de isolamento social e o rompimento de vínculos familiares.

Com relação a família no contexto da saúde mental, sua abordagem constitui uma tarefa de todos os serviços de saúde mental, seja ativando-a como parceira e corresponsável pelo cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, seja oferecendo suporte para que os familiares/cuidadores consigam lidar com seu próprio sofrimento decorrente do convívio e cuidado ao familiar adoecido³³. Dentre as questões políticas a serem repensadas na inclusão da família nos Projetos Terapêuticos dos serviços de saúde mental, situa-se o formato de participação da família desejado pelos profissionais, pois a perspectiva de alguns trabalhadores sobre a forma de inclusão da família e o lugar que ela poderia ocupar nem sempre correspondem ao desejo e às possibilidades reais desta³⁴.

Sabe-se que a procura dos familiares ao serviço, muitas vezes, acaba por prevalecer em momentos de crise e desorganização, momentos estes que evidenciam a importância do acolhimento dos profissionais perante o pedido de ajuda da família - em detrimento de uma atitude de julgamento e culpabilização – pois é também na potência desse encontro que a família pode se sentir preparada a ser parceira no tratamento, percebendo que não está sozinha nesse processo. Assim, sem desconsiderar a importância da oferta de atividades estruturadas para a família, a exemplo dos grupos de familiares, aponta-se para a importância de uma disponibilidade dos serviços de saúde mental para a escuta dos familiares também fora desses espaços³⁴.

Considerações Finais

A partir da escrita empenhada percebeu-se a importância do trabalho de referência na organização do cuidado em saúde mental, por ser baseado no vínculo entre trabalhadores e usuários. Evidenciou-se, porém, a necessidade de uma disponibilidade da equipe como um todo no processo de cuidado à cada paciente, de modo a não sobrecarregar a equipe de referência e diminuir os prejuízos decorrentes da rotatividade de profissionais no serviço, aspecto a ser observado pela gestão dos recursos humanos em saúde.

Além disso, o serviço CAPS foi percebido como um dispositivo de cuidado efetivo pelos usuários, na medida em que possibilitou maior estabilidade aos usuários e a diminuição das internações psiquiátricas. Entretanto, o Plano Terapêutico Singular que norteia o cuidado dos usuários apresentou limitações importantes, na medida em que tem se restringido a inserção dos usuários nas atividades do serviço que, embora represente um espaço de integração social importante, tem deixado a desejar na consolidação de outras redes de apoio para essas pessoas. Com relação à isso, urge o fortalecimento de ações para fora do serviço e de uma articulação com outros pontos da rede setorial e intersetorial, o que seria positivo e auxiliaria no processo de diminuição da permanência dos usuários no CAPS, visto como uma das únicas possibilidades que têm se apresentado para esses sujeitos neste momento, o que contribui para o inchaço do serviço e dificulta suas ações.

Por fim, considera-se que uma importante contribuição deste estudo consiste em dar voz aos usuários, os quais refletiram de forma crítica, superando a mera categoria de 'satisfação' dos usuários, o que é fundamental para repensar as práticas de cuidado, pois a grande parte dos estudos relacionados ao Projeto Terapêutico Singular têm escutado profissionais a respeito. Espera-se, assim, que este estudo possa subsidiar e instrumentalizar a atenção, formação, gestão e controle social para que se busquem ações em prol de uma maior qualidade dos atendimentos prestados no serviço e na rede de saúde mental como um todo.

Como possível limitação, este estudo não teve a intenção de esgotar a temática abordada, de modo que não se ateve em abordar a temática a partir da visão dos profissionais e/ou gestores locais. Sugere-se a realização de outras pesquisas que possam ampliar e aprofundar o tema. Como possível viés, o fato do convite aos usuários ter sido feito pela própria pesquisadora, que atuava no serviço em questão, pode ter induzido respostas empáticas sobre o funcionamento do CAPS em relação aos temas abordados. Ainda pode ter corroborado para isso o fato do grupo ter acontecido no próprio serviço, embora isso tenha facilitado a presença dos convidados, por ser um local comum a todos.

Referências

1. Silva MVO. Loucura, cultura, instituição e sociedade. In: in-tensa. Ex-tensa. A clínica psicossocial das psicoses. Programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Ano i, n. 1. Salvador: ufba, fffh; 2007.
2. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3):493-9.
3. Miranda L. Projeto terapêutico individual: a necessária disponibilidade para relações humanas [Internet]. 2004 [citado em 04 dez 2014]. Disponível em: psiquiatriabh.com.br/artigos/lilian_projeto_terapeutico_individual.pdf.
4. Kantorski LP, Bielemann VLM, Clasen BN, Padilha MAS, Bueno MEN, Heck RM. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Cogit. enferm.* 2010; 15(4):659-60.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde (BR). Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994.
6. Campos GWS; Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cien Saude Colet.* 2007; 12(4):849-59.
7. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica.* 2005; 39(3):507-14.
9. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis (RJ): Vozes; 1997.
10. Zanin CP. A hermenêutica de Hans-Georg Gadamer. *Âmbito Jurídico.* Rio Grande; 2010. [citado em: 16 br 2016]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8349&revista_caderno=15.

11. Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(6):1153-62.
12. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Secretaria de Município da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. Santa Maria; 2015. [citado em: 16 abr 2016]. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/280-centros-de-atencao-psicossocial>.
13. Pinto CAG, Oliveira MM, Paraguay NLBB, Gigante RL, Ferrer AL, Emerich BF et al. A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica. *Saúde para debate*. 2016; 55:3-8.
14. Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko-Campos RT. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (org). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-77.
15. Backes DS, Calomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saude*. 2011; 35(4):438-42.
16. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.
17. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia: cad. psicol. educ*. 2002; 12(24): 149-62.
18. Lawn C. Compreender Gadamer. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2010. p.12-13.
19. Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Junior AGS, Mattos RA. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2007. p. 137-54.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Mororó MEML. *Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial*. São Paulo: [s.n.], 2010. 131p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2010.
23. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. *Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde*. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3):417-25.
24. Ferrer AL. *A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização*. Campinas: [s.n.], 2012. 228p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, 2012.
25. Figueiredo MD, Onocko-Campos RT. *Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?* *Cien Saude Colet*. 2009; 14(1): 129-38.
26. Figueiredo AC. *A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental*. *Rev Latinoam. Psicopatol. Fund*. 2004; (1):75-86.
27. Filho NGV, Nóbrega SM. *A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social*. *Estud. de Psicol*. 2004; 9(2):373-79.
28. Brasil. Ministério da Saúde. *Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed.; 2007.
29. Oliveira GN. *O projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; 2008.
30. Conte M, Mayer RTR, Reverbel C, Sbruzzi C, Menezes CB, Alves GT et al. *Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica*. *Bolet. Saude* 2004; 18(1):59-77.
31. Camatta MW, Nasi C, Adamoli AN, Kantorski LP, Schneider JF. *Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família*. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(11):4405-14.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Normas e Diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
33. Marchesan RQ, Arpini DM. *Vivências familiares a partir da desinstitucionalização do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico grave*. Santa Maria: [s.n.], 2013. 51p. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Maria, 2013.
34. Rosa LCS. *A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental*. *Psicol. em Rev*. 2005; 11(18):205-18.

Rafaela Quintana Marchesan

Endereço para correspondência – Rua: João Goulart, n° 500, apto 201,
Bairro: Camobi, CEP: 97105-220, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: rafaelamarchesan@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1494720152329119>

Ana Luiza Ferrer – aluizaferrer@gmail.com

Enviado em 01 de abril de 2016.

Aceito em 03 de junho de 2016.