

# Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos\*

THE CHALLENGES OF COMPREHENSIVE CARE IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER AND THE DEVELOPMENT OF THERAPEUTIC PROJECTS

LOS DESAFÍOS DE LA INTEGRALIDAD EN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y LA PRODUCCIÓN DE PROYECTOS TERAPÉUTICOS

Martha Emanuela Martins Lutti Mororó<sup>1</sup>, Luciana de Almeida Colvero<sup>2</sup>, Ana Lúcia Machado<sup>3</sup>

## RESUMO

Este estudo tem por objeto a produção dos projetos terapêuticos realizados pela equipe de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III. Considera o processo de criação e expansão do Sistema Único de Saúde – SUS e da Reforma Psiquiátrica do país. Nesse contexto, os trabalhadores têm o desafio de produzir um cuidado a partir de um projeto terapêutico individual que considere as necessidades das pessoas e seu contexto de vida real. O objetivo do estudo foi analisar e descrever as potencialidades e dificuldades da equipe na construção dos projetos terapêuticos tendo como base o método cartográfico e a técnica do grupo focal, do qual participaram trabalhadores de um CAPS III do município de Diadema - SP. Na análise realizada a partir dos dados provenientes das discussões nos grupos focais, identificamos, sobretudo, a cisão entre a equipe noturna e a diurna e a falta de espaços sistemáticos de conversa para elaboração e discussão dos projetos terapêuticos.

## DESCRIPTORIOS

Saúde mental  
Serviços de Saúde Mental  
Desinstitucionalização  
Equipe de assistência ao paciente  
Cartografia  
Enfermagem psiquiátrica

## ABSTRACT

The object of this study is the development of therapeutic projects by the team working in a Psychosocial Care Center (CAPS III). It takes into consideration the creation and expansion process of the Brazilian public health system (SUS) and Psychiatric Reform. In this context, workers are challenged to develop care through an individual therapeutic project that considers the true needs and life context of the people involved. The objective of the study was to analyze and describe the strengths and weaknesses of a to develop the therapeutic projects based on the cartographic model and on the focal group technique. Participants were workers from a CAPS III center from Diadema, São Paulo. By analyzing the data collected through focal groups, the authors found, above all, a rupture between the night and day teams, and a lack of systematic space for conversation to develop and discuss on the therapeutic projects.

## DESCRIPTORS

Mental health  
Mental Health Services  
Deinstitutionalization  
Patient care team  
Cartography  
Psychiatric nursing

## RESUMEN

Estudio que objetiva la generación de proyectos terapêuticos realizados por el equipo de un Centro de Atención Psicossocial-CAPS III. Considera el proceso de creación y expansión del Sistema de Salud-SUS y de la Reforma Psiquiátrica del país. En tal contexto, los trabajadores enfrentan el desafío de brindar una atención a partir de un proyecto terapêutico individual, considerando las necesidades personales y su contexto de la vida real. El objetivo fue analizar y describir las potencialidades y dificultades del equipo en la construcción de proyectos terapêuticos. Usó como base el método cartográfico y la técnica de grupo focal. Participaron trabajadores de un CAPS III del municipio de Diadema-SP. En el análisis efectuado a partir de los datos generados en discusiones de los grupos focales, identificamos sobre todo, la escisión entre el equipo nocturno y diurno y la falta de espacios sistemáticos de conversación para elaboración y discusión de proyectos terapêuticos.

## DESCRIPTORIOS

Salud mental  
Servicios de Salud Mental  
Desinstitucionalización  
Grupo de atención al paciente  
Cartografía  
Enfermería psiquiátrica

\* Extraído da dissertação "Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010 <sup>1</sup> Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Terapeuta Ocupacional do CAPS III Centro do Município de Diadema. Diadema, SP, Brasil. [marthaemmanuel@usp.br](mailto:marthaemmanuel@usp.br) <sup>2</sup> Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. [lucix@usp.br](mailto:lucix@usp.br) <sup>3</sup> Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. [almachad@usp.br](mailto:almachad@usp.br)

## INTRODUÇÃO

A atual política de atenção a saúde mental no Brasil tem como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica (RP).

O SUS, resultante de um longo caminho de mudanças políticas e institucionais, passa por um processo de constantes reformulações de suas práticas, sendo que um dos maiores desafios contemporâneos é o de realizar um trabalho integrado entre os serviços, ações e saberes profissionais. Desta maneira, é necessário que nos espaços delimitados dos serviços prevaleça o compromisso de se realizar a melhor escuta possível aos usuários, acolhendo suas singularidades por meio de um trabalho interdisciplinar; além disso, é importante que ocorra a articulação entre os diferentes equipamentos de saúde e outras instituições como escolas, associações de bairro, centros culturais, etc., para que assim, os trabalhadores possam oferecer as melhores alternativas possíveis para as reais necessidades das pessoas<sup>(1)</sup>.

Outra mudança fundamental para se alcançar a integralidade do cuidado refere-se à prática de muitos profissionais de saúde que, ainda enraizados nos parâmetros tradicionais, têm o médico como ator principal de práticas cindidas de atenção à doença<sup>(2)</sup>.

Seguindo esta mesma direção, porém, no campo da saúde mental e no contexto da Reforma Psiquiátrica, pretende-se uma transformação paradigmática em que as ações considerem as pessoas como protagonistas de processos que busquem a sociabilidade, produção de vida e de cidadania. A partir deste prisma, o objeto da intervenção não será mais a cura da doença psiquiátrica, e sim as necessidades das pessoas, colocando-as no lugar de sujeito ativo na construção de soluções para seus problemas<sup>(3-4)</sup>.

A RP apoiada nos princípios da desinstitucionalização da experiência italiana de reformulação da assistência em saúde mental, a *Psiquiatria Democrática Italiana*, compreende que a superação do paradigma psiquiátrico envolve não somente o desmonte dos hospitais, mas de todas as relações de poder no entorno do objeto doença, que podem estar até mesmo nos serviços territoriais<sup>(5)</sup>.

Para que esse processo de desinstitucionalização não se caracterize simplesmente pela *desospitalização*, em que se transfere os pacientes do abandono manicomial ao abandono extra-manicomial, um especialista sugere a prática da Reabilitação Psicossocial<sup>(6)</sup>. Esta é uma abordagem que pressupõe a abertura dos espaços de negociação entre o paciente e o meio em que vive, para assim desenvolver o poder de contratualidade das pessoas nos espaços do habitar, das redes sociais e do trabalho.

No Brasil, a partir das duas experiências emblemáticas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da

Rocha Cerqueira em São Paulo, em 1987, e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, em 1989, surgiram diversas experiências de práticas contrárias ao tratamento psiquiátrico convencional. Especialmente após a experiência de Santos, em que pela primeira vez no país ocorreu a substituição do aparato manicomial por uma rede de serviços de saúde mental, o Ministério da Saúde regulamentou a implantação de serviços dessa natureza<sup>(7)</sup>.

Atualmente, a política nacional de saúde mental prevê uma atenção descentralizada, com participação efetiva da família e comunidade. Com a implantação de dispositivos extra-hospitalares, compõe-se uma rede de serviços e ações que deve abranger a complexidade das necessidades das pessoas. Desta forma, a partir da portaria 336/02, os CAPS se configuram como eixo central das práticas em saúde mental e podem constituir-se de acordo com sua capacidade e complexidade como CAPS I, CAPS II ou CAPS III<sup>(8)</sup>.

Nesses serviços, os profissionais têm o desafio de compor um cuidado realizado a partir de um Projeto Terapêutico Individual que considere a história singular dos usuários, oferecendo respostas capazes de redimensionar sua situação de vida. Por meio da ampliação de espaços de relação e troca, os projetos terapêuticos constituem-se como um instrumento para melhorar as condições de vida e recuperar a autonomia. Desta forma, não deve se limitar somente aos espaços institucionais, mas ampliar-se nos locais de circulação e de participação social dos sujeitos<sup>(9)</sup>.

Tendo em vista a complexidade desta ação, é essencial que os projetos terapêuticos sejam construídos, reconstruídos e reavaliados periodicamente com o usuário, familiares e a partir da discussão coletiva entre os todos os profissionais da equipe interdisciplinar. Assim, através do diálogo e entendimento mútuo, pode-se estabelecer a relação entre as diversas intervenções e a interação dos profissionais de diferentes áreas, contribuindo para a realização de práticas mais integradas que levem a ações verdadeiramente transformadoras<sup>(10-11)</sup>.

Considerando todo o cenário aqui exposto, questionamos como os projetos terapêuticos estão sendo construídos pelas equipes dos serviços de saúde mental. Assim, na perspectiva de contribuir no contexto das atuais transformações que orientam a Reforma Psiquiátrica em curso no país, justifica-se uma pesquisa que possibilite compreender os principais desafios e potencialidades na construção dos projetos terapêuticos realizados pelos trabalhadores de CAPS III.

## MÉTODO

O estudo foi realizado em um CAPS III localizado no município de Diadema, na região metropolitana de São

Por meio da ampliação de espaços de relação e troca, os projetos terapêuticos constituem-se como um instrumento para melhorar as condições de vida e recuperar a autonomia.

Paulo. A cidade possui cerca de 389.000<sup>(a)</sup> habitantes e, naquele momento, contava com três CAPS III Adulto; um CAPS I Infantil e um CAPS I Álcool e Drogas.

Regionalizados, cada CAPS III é denominado conforme região que atende e, desta maneira, temos: CAPS III Centro, CAPS III Sul e CAPS III Leste, sendo que neste último, foi realizada a pesquisa.

Tratou-se de um estudo qualitativo<sup>(12)</sup>, orientado pelos rumos do método cartográfico, o qual pretende acompanhar e investigar um processo de produção e não somente representar um objeto como em um mapa<sup>(13)</sup>. Este método considera que, a partir da habitação de um território e engajamento com o mundo que cerca o espaço da pesquisa, se organiza o processamento das informações do lugar já constituído em um processo de aprendizado do próprio cartógrafo.

Para isso, através das sucessivas visitas e aproximação ao CAPS III Leste, todas as impressões que começaram a emergir dos encontros com profissionais e usuários foram sendo relatadas em um diário de campo. Esses relatos não se basearam somente em análises objetivas, mas busquei captar e descrever tudo aquilo que se dava no plano das forças e afetos. Por isso, este não foi apenas um momento burocrático de registro de dados, mas demandou até certo recolhimento, para assim poder falar de *dentro e sobre* esta experiência<sup>(14)</sup>.

Em busca de refletir as múltiplas dimensões do objeto do estudo, com base na técnica do Grupo Focal<sup>(15)</sup>, trabalhadores da equipe *diurna* e *noturna* participaram da pesquisa. Foram realizados três grupos com a equipe diurna e dois com a equipe noturna, conduzidos a partir de um roteiro pré-elaborado<sup>(16)</sup>. Nesses encontros, ocorreu a discussão de três casos escolhidos pelos participantes (neste contexto compreendido como a história de um sujeito em sofrimento psíquico sob os cuidados da equipe no CAPS).

A análise foi realizada a partir dos dados provenientes das discussões dos trabalhadores nos grupos focais e, neste artigo, apresentaremos os resultados referentes a análise dos grupos realizados com a equipe do período *noturno*.

Vale ressaltar que, para chegarmos a esse processo, o estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (processo nº 831/2009) como também pela Coordenação de Saúde Mental e pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde da Prefeitura de Diadema. Junto com os profissionais que se dispuseram a participar, foi marcada a data e horário dos grupos, realizados no local do estudo. Após entenderem e concordarem com a pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, feito em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante. Esse procedi-

mento garantiu a gravação e transcrição dos grupos, como também a análise e divulgação dos dados em publicações científicas. Para garantir sigilo aos participantes e aos usuários citados na pesquisa, foram utilizados nomes fictícios escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora. Quando houver a transcrição das falas, estas serão apresentadas exatamente da maneira que os participantes falaram, incluindo erros de português e vícios de linguagem.

### ***O cenário do estudo e funcionamento do serviço***

Localizado em uma casa antiga alugada pela prefeitura, o CAPS III Leste contava com equipe multidisciplinar composta por: seis auxiliares de enfermagem; 18 técnicos de enfermagem; dois assistentes sociais; um educador físico; seis enfermeiros; um médico psiquiatra; quatro psicólogos (um deles coordenava a unidade); dois terapeutas ocupacionais, além de profissionais de apoio administrativo, recepção e limpeza.

O serviço recebe adultos com quadro de neuroses e psicoses graves, em regime de *porta aberta*, ou seja, sem lista de espera, que podem chegar espontaneamente ou encaminhados por outros equipamentos da região, entre eles as Unidades Básicas de Saúde e o Pronto Socorro Central.

No período da pesquisa, tinha cadastrado cerca de 650 pacientes, funcionando 24 horas, todos os dias da semana, com quatro leitos femininos, quatro leitos masculinos e dois extras para repouso e observação.

Durante o período diurno, de segunda a sexta-feira, o serviço recebia pacientes em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo<sup>(8)</sup>, oferecendo escuta individual ou em grupo aos familiares e usuários, terapia comunitária, visitas domiciliares, como também oficinas artísticas, esportivas, culturais e de lazer. Semanalmente, realizava-se uma assembleia onde participavam usuários, familiares e trabalhadores, em que eram discutidas sugestões para melhorar o atendimento no serviço. Essas atividades eram coordenadas por um ou mais profissionais.

Todos os casos novos e as intercorrências eram acolhidos por um profissional de nível superior (psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, etc) e um técnico de enfermagem que permaneciam disponíveis no *plantão de porta*. Os procedimentos realizados eram descritos no *livro de plantão*, em que se dividiam também as anotações da equipe de enfermagem. Ao meio dia, todos os profissionais paravam suas atividades e ocorria a *reunião de passagem de plantão*, onde se discutiam os casos atendidos pelo plantão de porta, mudanças sobre os projetos terapêuticos de determinados pacientes, informes sobre os usuários que permaneciam em hospitalidade noturna, descrição de visitas domiciliares, entre outros. Algumas das condutas decididas na reunião também eram anotadas no livro de plantão.

Além dessa reunião diária, ocorria semanalmente *reunião geral de equipe*. Nessa ocasião, também eram ofe-

<sup>(a)</sup> Fonte: Dados SEADE, 2007.

recidas aulas do Programa de Educação Permanente que, além de capacitar, tinham o objetivo de integrar os diferentes profissionais e plantões.

Aos finais de semana, trabalhavam apenas a equipe de enfermagem; não havia oficinas ou atividades e permaneciam no serviço somente os usuários que estavam em observação nos leitos disponíveis para hospitalidade noturna.

Já no período noturno, também trabalhavam exclusivamente profissionais da equipe de enfermagem. Estes profissionais não participavam das atividades e reuniões que aconteciam durante o dia e, desta forma, as informações sobre os pacientes eram transmitidas por meio do livro de plantão e verbalmente na troca do plantão de enfermagem da equipe diurna para a noturna; alguns obtinham mais informações quando, eventualmente, faziam hora extra de trabalho e participavam das reuniões do dia ou, ainda, quando existiam anotações em prontuário.

No momento da pesquisa, cada plantão da equipe noturna era composto por quatro técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, que trabalhavam no regime 12X36 horas (das 19h às 7h). Destes, participaram do estudo dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os trabalhadores optaram pela discussão de um caso que os angustiava e que o consideravam como *empacado e sem sucesso* (Sic), devido ao extenso período de permanência deste paciente em hospitalidade noturna, que já durava cerca de um ano.

Inicialmente, os trabalhadores se dispuseram a realizar a leitura do prontuário e uma busca de informações com a equipe diurna para assim poder fundamentar a discussão com maiores detalhes da história do usuário.

Este fato despertou minha atenção, pois sinalizou que, neste processo de trabalho, era a equipe diurna que apreendia as informações da vida dos pacientes e apenas a partir desta oportunidade esses profissionais puderam discutir e procurar mais dados sobre o usuário:

onde é discutido os projetos terapêuticos, onde se faz alguma coisa né, dos projetos, onde é executado sempre é de dia né... (Tiago).

Para compor a história do usuário, embora os trabalhadores tivessem encontrado dados descritos pelo Técnico de Referência (TR)<sup>(b)</sup> e pelo médico em seu prontuário, disseram não ter anotações das intervenções de outros profissionais e, apesar de reconhecerem o esforço dos colegas, interrogaram a existência de um projeto terapêutico compartilhado entre todos os membros da equipe:

<sup>(b)</sup> Técnico de Referência (TR) é o profissional da equipe que, juntamente com o usuário, vai monitorar o projeto terapêutico, definindo a frequência e as atividades das quais o paciente participará. Realiza também o contato com a família e as avaliações periódicas dos objetivos traçados<sup>(8)</sup>.

E assim, que não tem projeto assim, pra mim não tem projeto, porque quando tem projeto cada elemento da equipe interdisciplinar coloca lá! Coloca lá! Evolui lá, eu sou psicólogo eu vou evoluir... Ela é TO ela vai fazer uma atividade com ele, ela vai evoluir né, a terapia comunitária, a educação física, ele vai? Ele participa? Ele joga bola? Ele joga basquete? Ele faz uma caminhada? Você não vê no prontuário... (Francisco).

A deficiência de registros no prontuário pode ser resultado de vários motivos: ou o paciente não participava das atividades ou os profissionais, frente a diversas demandas, não tinham disponibilidade de tempo para realizarem as anotações; enfim, não sabemos. Suponho, entretanto, que esse fato contribui para dificultar a circulação das informações e intervenções realizadas com o paciente: as que deram certo ou não, aquelas que mereciam investimento ou não. E mais: acredito que a ausência de registro dos profissionais pode também dificultar a tarefa do técnico de referência na composição e reavaliação sistemática dos projetos terapêuticos<sup>(8)</sup>.

Além disso, as informações médicas sobre diagnóstico, sinais e sintomas servem especialmente para estabelecer as estratégias de intervenção psicofarmacológica, mas os dados sobre a família, o contexto social e todas outras informações observadas pelos demais membros da equipe podem colaborar em uma estratégia de intervenção mais articulada<sup>(17)</sup>.

Assim, como não participam das reuniões de equipe que acontecem durante o dia, os profissionais que trabalham a noite não dispõem de dados suficientes sobre os usuários que estão em hospitalidade noturna, os quais, conseqüentemente, necessitam de uma atenção mais intensiva. Mesmo recorrendo ao livro de plantão, os participantes declararam que as anotações traziam somente informações sobre decisões pontuais em relação a condutas com determinados pacientes. Alguns participantes revelaram que preferiam o antigo esquema de anotação utilizado no CAPS que, segundo eles, continha o registro mais completo das reuniões, descrevendo com maiores detalhes as opiniões dos profissionais, fazendo com que, dessa maneira, se sentissem mais integrados ao trabalho:

A principio eram dois, eu particularmente achava muito melhor, porque era um livro de ata da passagem de plantão, então a gente chegava a noite pegava e lia toda a passagem de plantão! Então a gente sabia o que tinha acontecido de novidade, o que a equipe tinha discutido, sugerido, a gente acabava fazendo um pouco mais assim de parte né, de maneira mais passiva, mas pelo menos a gente tava informado do que tava acontecendo... (Glória).

Os profissionais lembraram-se de uma experiência que consideraram exitosa com outro paciente, em que uma antiga diretora do CAPS ia aos plantões noturnos conversar com a equipe sobre seu projeto terapêutico. Segundo eles, sentiam-se com uma participação mais efetiva.

Contudo, naquele momento, as tentativas institucionais de integração entre os plantões eram infrutíferas,

pois, segundo os trabalhadores, não era possível que comparecessem as capacitações realizadas durante o dia, visto exercerem outras atividades nesse período. Desta maneira, sugeriram como alternativa que alguém da equipe pudesse ir aos plantões noturnos discutir os projetos terapêuticos dos casos mais difíceis, pois acreditam que, a partir de sua observação e interação com os pacientes, também podem colaborar na construção desses projetos.

Conforme os depoimentos, os trabalhadores sentem uma forte *quebra* (Sic) do trabalho entre a equipe diurna e noturna, entendendo que a possibilidade de diálogo entre os profissionais de diversos plantões pode contribuir para a composição de ações mais convergentes, já que, frente a complexidade dos casos atendidos no CAPS, a mera justaposição de diferentes profissionais, muitas vezes com ações divergentes, pode não garantir a melhoria da atenção<sup>(18)</sup>.

A fim de oferecer um cuidado singular a situação do usuário que discutíamos no grupo, os trabalhadores trouxeram diversas sugestões frente às inquietações que sentiam, como, por exemplo, o maior investimento da intervenção com os familiares do paciente, o que, naquele momento já começava a ser realizado pela técnica de referência, mas que segundo eles poderia ser intensificado com o apoio de outras pessoas da equipe, aumentando o número de intervenções no domicílio.

Sugeriram ainda, oferecer atendimento individual a mãe do paciente; relataram que até tentavam lhe oferecer escuta, entretanto tinham receio que nesse processo aparecessem conteúdos dos quais eles não tivessem condições técnicas de cuidar, recomendando então que esta intervenção fosse realizada por algum profissional mais especializado:

A gente vai ter que trabalhar com ela... e não é a gente nós, eu acho que aí vai da competência, cada um tem a sua. Eu acho, que também eu não posso aflorar nela, falar *eu vou a noite fazer visita lá* e eu vou aflorar algo nela que eu não vou ter condição de tratar (Estela).

Porém, a organização parcelar do trabalho recomendada pela participante pode fixar o trabalhador em uma determinada etapa do projeto terapêutico e, portanto, esta superespecialização, sem um trabalho integrado entre a equipe interdisciplinar, faz com que os trabalhadores se alienem do objeto de trabalho e fiquem sem interação com o produto final de sua atividade, que é a melhora das condições de vida dos usuários<sup>(19)</sup>.

A partir destas considerações, avaliamos que, se estes profissionais tivessem, em seu processo de trabalho, espaços de conversa mais sistemáticos sobre os projetos terapêuticos e a história de vida dos usuários, poderiam ficar mais a vontade para transitar além de suas especificidades profissionais, avançando numa prática menos compartimentada e mais compartilhada e inventiva.

Ressaltamos que a questão principal não era se este caso estava sendo ou não bem conduzido pela equipe,

porque mesmo com a discussão, não foi possível conhecer mais profundamente os motivos pelos quais o paciente permanecia em hospitalidade noturna; afinal, em uma situação tão complexa, outras questões poderiam estar sendo consideradas pelo técnico de referência do caso, as quais não foram aventadas neste momento.

Entretanto, é fundamental que estejamos atentos a esse processo de trabalho como um todo, pois, diante dessas inquietações, a equipe noturna fica sem um espaço de troca e permanecem alienados ao processo de intervenção junto aos usuários. Nesta oportunidade que tiveram de conversar sobre esta história, apresentaram sugestões criativas que poderiam ser investidas com este paciente. Afinal, em um CAPS III, as funções destes trabalhadores devem permanecer as mesmas que nos hospitais psiquiátricos, onde se cuida basicamente da ordem institucional e intervenção medicamentosa?

## CONCLUSÃO

Estamos em um período de quebra do modelo hegemônico onde o trabalho visa especialmente a cura da doença para a construção de novas práticas e serviços e, desta maneira, a implantação dos CAPS III ainda se encontra em um processo de construção e amadurecimento. O modelo de atenção psicossocial com base nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica vem se consolidando nestes novos equipamentos sendo que, sob este prisma, se considera a partir do trabalho interdisciplinar a reinserção das pessoas ao seu território, à sua família e à comunidade.

Assim, os profissionais ficam frente aos desafios de construir outro tipo de cuidado a partir dos projetos terapêuticos individuais, considerando aspectos além da *doença*, muitas vezes não ensinados e valorizados nos cursos e universidades.

Os resultados do estudo nos permitiram identificar que os principais desafios enfrentados por esses profissionais na construção dos projetos terapêuticos são: a constituição de uma integralidade efetiva entre os diversos profissionais da equipe e entre os diferentes plantões; organização de espaços sistemáticos para construção e reavaliação dos projetos entre todos os membros da equipe e registros mais rigorosos das intervenções dos profissionais nos prontuários para facilitar a circulação das informações entre os profissionais.

A deficiência na integração com os trabalhadores do noturno pode acarretar prejuízos no cuidado cotidiano e no processo de construção dos projetos terapêuticos desses usuários. Esses profissionais lidam diariamente com pacientes graves em crise, muitas das vezes sem saber mais detalhes sobre sua história e seu projeto terapêutico. Quando procuravam essas informações no prontuário e no livro de plantão, as consideravam insuficientes e, desta maneira, podem permanecer presos a intervenções mais mecânicas como somente oferecer a janta, adminis-

trar a medicação e prevenir *fugas*, ações semelhantes as do manicômio.

Os profissionais da equipe noturna trouxeram diversas sugestões à situação do paciente discutido, contudo, não tinham onde dividi-las e desconheciam se algumas intervenções já estariam sendo realizadas pela equipe diurna.

Porém, mesmo diante desses desafios, os trabalhadores esforçavam-se em construir um trabalho permeado pelas proposições da reabilitação psicossocial e muitos questionaram pontos considerados falhos nesse processo de trabalho, o que evidencia a potência desses profissionais.

Por fim, sabendo que esta produção de conhecimento não se esgota com o transcorrer deste trabalho, não pretendemos oferecer respostas e soluções acabadas aos desafios mapeados no estudo. Contudo, é importante sugerir que os trabalhadores possam construir coletivamente a possibilidade de espaços de diálogo, pois, desta forma, facilita que a equipe, mais do que um agrupamento de pessoas, se constitua efetivamente em uma equipe com trabalhos integrados. Com isso, a construção contínua dos projetos terapêuticos pode ser mais compartilhada, contribuindo para a invenção de uma nova representação do cuidado, que ofereça ações individualizadas e criativas nas situações de crise e vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2006. p.113-50.
2. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):569-84.
3. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
4. Aranha e Silva AL. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.
5. Amarante P. A Trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: Kalil MEX, organizadora. Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo: Hucitec; 1992. p. 103-19.
6. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá; 2001.
7. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004.
9. Mângia EF, Castilho J, Duarte V. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2006;17(2):87-98.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Equipe Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ª ed. Brasília; 2007. (Série Textos Básicos de Saúde).
11. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros de Barros ME, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO; 2007. p. 161-78.
12. Minayo MC. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2008.
13. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Tedesco S, Passos E, Kastrup V, Eirado A, Barros P, Escóssia L, et al. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulinas; 2009. p. 131-49.
14. Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Tedesco S, Passos E, Kastrup V, Eirado A, Barros P, Escóssia L, et al. Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulinas; 2009. p. 52-75.
15. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):779-86.
16. Minayo MC, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2004.
17. Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de saúde mental. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
18. Milhomem MA, Oliveira AG. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS. *Cogitare Enferm*. 2007;12(1):101-8.
19. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53.