



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

ALEXANDRE MELO DINIZ

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS  
DA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOSSOCIAL:  
resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e  
cuidados

FORTALEZA  
2012

Alexandre Melo Diniz

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS  
DA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOSSOCIAL:  
resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e  
cuidados

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza - Ceará  
2012

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual do Ceará**  
**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**  
**Bibliotecário(a) Responsável – Giordana Nascimento de Freitas CRB-3 / 1070**

D585p

Diniz, Alexandre Melo.

Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica e psicossocial: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados / Alexandre Melo Diniz. – 2013.

CD-ROM. 119 f. : il. ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado acadêmico em Saúde pública, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Políticas públicas de saúde.

Orientação: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Projeto terapêutico singular. 2. Saúde mental. 3. Apoio matricial. 4. Atenção básica. I. Título.

CDD: 614



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

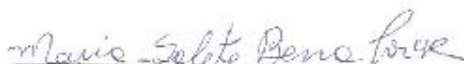
**Título da dissertação:** "Projeto Terapêutico Singular de Usuários da Atenção Básica e Psicossocial: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados"

**Nome do Mestrando:** Alexandre Melo Diniz

**Nome da Orientadora:** Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE"

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge  
(Orientadora)



Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas  
(1º membro)



Profa. Dra. Edmara Chaves Costa  
(2º membro)

Data da defesa: 17/12/2012.

A porta da verdade estava aberta,  
mas só deixava passar  
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,  
porque a meia pessoa que entrava  
só trazia o perfil de meia verdade.  
E sua segunda metade  
voltava igualmente com meio perfil.  
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.  
Chegaram ao lugar luminoso  
onde a verdade esplendia seus fogos.  
Era dividida em metades  
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.  
Nenhuma das duas era totalmente bela.  
E carecia optar. Cada um optou conforme  
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

**A verdade dividida - Carlos Drummond de Andrade**

*Aos meus pais que sempre me apoiaram e, principalmente,  
acreditaram na minha capacidade de superar as adversidades  
e obter sucesso nesta dissertação e na vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e N. Sra. de Fátima, que dão sentido à minha existência, fortalecem minha fé e, em meio aos desafios da vida, sempre abrem meus caminhos.

À prof<sup>a</sup> Dra Maria Salete Bessa Jorge que, com seu conhecimento acadêmico e acúmulo de experiência, possibilitou-me as bases para minha formação no mestrado, respeitando minha singularidade e meu ritmo.

À prof<sup>a</sup> Dra Consuelo Helena Aires de Freitas e à prof<sup>a</sup> Dra Edmara Chaves pela disponibilidade em contribuir com a conclusão deste trabalho.

À Universidade Estadual do Ceará, em especial ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, por possibilitar aprendizados e reflexões para minha práxis na saúde coletiva.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro para minha formação enquanto mestre.

Aos profissionais e usuários do sistema municipal de saúde de Fortaleza pela disponibilidade e presteza em contribuir com este estudo.

Ao Sales Júnior pelo companheirismo, paciência, incentivo e, em especial, por em todo e cada momento ter acreditado no meu potencial.

À turma do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, aqui representados pelos meus amigos Sabrina Sabry e Antônio Mendonça.

## RESUMO

No presente estudo, realiza-se a compreensão de como se processa o cuidado em saúde mental do usuário na atenção básica e psicossocial, quanto à resolubilidade, à corresponsabilização, à autonomia e aos cuidados na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Objetivou-se identificar quais tecnologias de cuidado são utilizadas na construção do PTS em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), relacionadas à autonomia e à corresponsabilização; categorizar como se dão a resolubilidade e os fluxos do cuidado na construção do PTS na ESF e CAPS, no apoio matricial e em outras situações de cuidado; e, ainda, analisar como os profissionais de saúde mental desenvolvem o PTS de usuários em crise e no apoio matricial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que participaram do estudo 21 sujeitos, sendo estes, profissionais matriciadores do CAPS, profissionais da ESF e usuários dos referidos serviços no município de Fortaleza-CE. Para a coleta de informações, foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e a observação sistemática. A análise do material empírico pautou-se nos pressupostos teóricos da Hermenêutica de Paul Ricoeur. As narrativas indicam que o apoio matricial se mostra como um ponto de intersecção entre a ESF e o CAPS no que se refere ao cuidado no campo da saúde mental. Com isso, este arranjo organizacional se torna um potente disparador na construção do PTS. O apoio matricial propicia espaço de encontro interdisciplinar entre profissionais da atenção especializada, profissionais da atenção básica e usuários/ familiares para discussão e encaminhamento de ações integrais favorecendo a construção do PTS pautado na corresponsabilização, autonomia e resolubilidade da atenção. Porém, alguns entraves são apontados para a efetivação do projeto terapêutico no cotidiano dos serviços, como: grande demanda de usuários em sofrimento psíquico; dificuldade de adesão por parte significativa das equipes da ESF à proposta de apoio matricial; as ações da atenção básica direcionadas aos programas, restringindo ações no campo da saúde mental e, ainda, pouca participação dos usuários na construção do projeto terapêutico. Diante de tal realidade, observa-se a necessidade de se criar e potencializar grupos terapêuticos na atenção básica em parceria com os equipamentos comunitários, acionando o apoio matricial como suporte especializado; e, ainda, favorecer a participação ativa do usuário para a efetivação do PTS como disparador do cuidado integral em saúde mental.

**Palavras-chave:** Projeto Terapêutico Singular, Saúde Mental, Apoio Matricial, Atenção Básica.



## ABSTRACT

The current study takes place in order to understand the mental health care in primary user and psychosocial assistance, concerning the resolution, co-responsibility, autonomy and care in building up the Singular Therapeutic Project (STP). This study aimed to identify which care technologies are used in the construction of the STP in mental health in the Family Health Strategy (FHS) and Psychosocial Care Center (PCC) related to autonomy and co-responsibility; it categorizes how is the resolution and the course of care in the development of the STP in the FHS and PCC, the matricial support and other care situations, and it also examines how mental health professionals develop the STP on users in crisis and matricial support. This is a qualitative research study involving 21 individuals, among these, matricial professionals from PCC, FHS professionals and users of those services in the city of Fortaleza, CE. To collect information the techniques used were semi-structured interviews and systematic observation. The empirical analysis was based on the hermeneutic theoretical principles of Paul Ricoeur. The narratives indicate that the matricial support is shown as a point of intersection between the FHS and PCC in relation to the mental health care field. Thus, this organizational arrangement becomes a potent trigger in the construction of the STP. The matricial support provides an interdisciplinary meeting point among professionals specialized in care, the primary care team and clients / families for discussion and referral to comprehensive actions favoring the construction of the STP ruled in co-responsibility, autonomy and solvability of attention. But some obstacles are pointed to the effectiveness of the design in everyday therapeutic services, such as: high demand of users in psychological distress; difficulty of compliance from a significant part of the FHS teams to the matricial support proposal; actions directed to primary care programs, restricting actions in the field of mental health and yet, little user participation in building the therapeutic project. Faced with this reality, there is a need to create and enhance therapeutic groups in primary care in partnership with community facilities, triggering the matricial support as expert support, and also encourage the active participation of the user to the accomplishment of the STP as a triggering comprehensive care in mental health.

**Keywords:** Singular Therapeutic Project, Mental Health, Matricial Support, Primary Care.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**AB** – Atenção Básica

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**AM** – Apoio Matricial

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CSF** – Centro de Saúde da Família

**ER** – Equipe de Referência

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**GRUPSFE** – Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem.

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**PSF** – Programa Saúde da Família

**PT** – Projeto Terapêutico

**PTS** – Projeto Terapêutico Singular

**SER** – Secretaria Executiva Regional

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UECE** – Universidade Estadual do Ceará

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** – O PTS como promotor do cuidado integral.

**Figura 2** – Ressignificação das práticas em busca de um cuidado integral.

**Figura 3** – Mapa do município de Fortaleza-CE organizado em regionais.

**Figura 4** – Mapa da Regional IV do município de Fortaleza. Fonte: Fortaleza, 2007.

**Figura 5** - Diagrama que representa o caminhar do usuário no serviço.

**Figura 6** – Faixa etária dos profissionais participantes da pesquisa.

**Figura 7** – Tempo de atuação dos profissionais pesquisados no campo da saúde mental.

**Figura 8** – Relação corresponsabilidade e vínculo terapêutico.

**Figura 9** – A resolubilidade como produto das tecnologias do cuidado.

**Figura 10** – Fluxograma analisador: Fluxo para o apoio matricial e rede assistencial.

**Figura 11** – O PTS pautado na singularidade do usuário.

**Figura 12** – A interdisciplinaridade e sua relação com o cuidado integral.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** – Quantitativo de habitantes de cada Secretaria Executiva Regional, nº de bairros existentes, nº de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades.

**Quadro 2** – Descrição dos grupos de participantes da pesquisa.

**Quadro 3** – Distribuição dos participantes da pesquisa por categoria profissional do CAPS.

**Quadro 4** – Distribuição dos participantes da APS por categoria profissional.

**Quadro 5** – Distribuição dos usuários participantes da pesquisa.

**Quadro 6** – Objetivos e técnicas de coleta de informações da pesquisa.

## SUMÁRIO

Resumo.....	07
Abstract.....	08
Lista de Siglas.....	09
Lista de Figuras.....	10
Lista de Quadros.....	11
1. O ENCONTRO DO PESQUISADOR E O OBJETO.....	14
1.1 O interesse do pesquisador sobre o tema.....	14
1.2 O objeto em questão.....	15
1.3 Objetivos.....	19
2. BASE TEÓRICA DO ESTUDO.....	20
2.1 Reforma psiquiátrica e sua interface com as tecnologias leves de cuidado na construção do Projeto Terapêutico Singular.....	20
3. METODOLOGIA.....	29
3.1 Tipo e Natureza do estudo.....	29
3.2 Campo empírico da pesquisa.....	29
3.3 Participantes da pesquisa.....	32
3.4 Estratégias de coleta das experiências, instrumentos e procedimentos.....	35
3.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	37
3.6 Plano de análise e interpretação dos dados.....	38
4. RESULTADOS: COMPREENSÕES E DISCUSSÕES.....	42
4.1 Síntese descritiva dos sujeitos participantes da investigação: Quem são eles?.....	42
4.2 Produção do cuidado em saúde mental: dispositivos de atenção psicossocial.....	45
Subtema 1 - Matriciamento como estratégia de corresponsabilização, autonomia e resolubilidade.....	45
Subtema 2 - Fluxos para o matriciamento na ESF e na rede assistencial.....	66
Subtema 3 - Tecnologias de cuidado a usuários em crise e a construção do PTS.....	74

4.3 Micropolítica do processo de cuidar em saúde: fragilidades, processos e Intervenções.....	84
Subtema 1 - Processos de trabalho nos dispositivos da Atenção Básica e Psicossocial.....	84
Subtema 2 - Medicalização, interdisciplinaridade e poder.....	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	100
REFERÊNCIAS .....	104
APÊNDICES.....	111
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários...	112
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido profissionais.....	113
Apêndice C: Roteiro de observação sistemática .....	114
Apêndice D: Roteiro de entrevista semiestruturada para usuários.....	115
Apêndice E: Roteiro de entrevista semiestruturada para profissionais.....	116
ANEXOS .....	117
Anexo I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	118
Anexo II: Parecer do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza .....	120

# 1. O ENCONTRO DO PESQUISADOR E O OBJETO EM QUESTÃO

## 1.1 O interesse do pesquisador sobre o tema

A trajetória percorrida pelo pesquisador no âmbito acadêmico e profissional sempre esteve vinculada à Saúde Pública, em especial à Saúde Mental. No decorrer da graduação, enquanto acadêmico do curso de Psicologia, quando houve oportunidade de conhecer a psicologia clínica e suas abordagens, foi despertado o interesse em atuar na área. Concluída a graduação, a primeira atuação profissional como psicólogo foi no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de Itarema (CE), no início de 2005. Atuando no campo da saúde mental especializada, deparou-se com muitos desafios. Isso instigou a busca na academia de um aporte teórico que embasasse sua prática.

Então, cursou a Especialização em Saúde Mental na Universidade Estadual do Ceará, em 2006. Em meado de 2008, foi selecionado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, treinamento em serviço supervisionado. Enquanto psicólogo residente teve a oportunidade de entrar em contato com um nível de atenção incipiente para a Psicologia e para outras categorias profissionais na área da saúde. Então, além de entrar em contato com a teoria e a prática que alicerçam a Estratégia Saúde da Família (ESF), estruturante da reorganização do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), pôde se experimentar enquanto profissional de saúde mental, agora na Atenção Básica (AB).

Logo após a residência em saúde da família, meado de 2010, voltou a atuar na saúde mental especializada, no CAPS de Ocara (CE), o que possibilitou agregar uma bagagem de conhecimento prático e teórico em saúde mental, na AB e na atenção especializada. No cotidiano de trabalho, surgiu então o interesse em pesquisar a temática da saúde mental a partir das vivências e observações do processo de trabalho e da produção do cuidado na área. Dessa forma, a aprovação na seleção do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública possibilitou espaço fecundo para tal estudo.

Com o início do ano letivo de 2011, integrou-se como membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

Dentre seus projetos de pesquisa, um deles com título “Produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família e sua interface com a saúde mental: os desafios em busca da resolubilidade” tem como eixo orientador a rede de atenção e suas interfaces com o campo psicossocial e o apoio matricial em busca da resolubilidade. A partir deste projeto maior, foi se desenhando e delineando o recorte do objeto de estudo do presente projeto de dissertação.

Então, buscou estudar a produção do cuidado em saúde mental na ESF e no campo psicossocial a partir da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para tal discussão, alguns aspectos serão considerados, além da categoria cuidado, são eles: resolubilidade, corresponsabilização e autonomia.

## **1.2 O Objeto em questão**

Em busca de uma maior compreensão do que se entende por Projeto Terapêutico (PT), analisando a etimologia cada palavra separadamente, o termo ‘projeto’ vem do latim *projectu* que significa lançado. Em português, um substantivo que significa plano para realização de uma ação; esboço. A palavra ‘terapêutico’ relativa à terapêutica, do latim *therapeutica*, substantivo na língua portuguesa que tem como significado ramo da medicina que estuda as maneiras de se tratar uma doença (WIKCIONÁRIO, 2012).

Etimologicamente, já se percebe a ligação com a ciência médica que, até os dias atuais, ainda se mostra arraigada à prática e ao saber médico, numa clínica tradicional. A vertente atual é que o Projeto Terapêutico (PT) venha em contraponto a essa perspectiva unidisciplinar, disparando a produção do cuidado em equipe multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar e pautada na clínica ampliada.

Através da Portaria 147/1994, o Ministério da Saúde instituiu o PT como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário, desde a admissão até a alta, bem como instituiu o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, visando compatibilizar a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que



permita o encaminhamento do paciente, após a alta, para a continuidade do tratamento (BRASIL, 1994).

O PT pode ser utilizado ora como dispositivo, ora como arranjo e, em outros momentos, como estratégia de organização do processo de trabalho das equipes de saúde. Enquanto dispositivo, ele é capaz de promover, entre os profissionais, reflexão sobre sua prática; e, como arranjo, desenhar novas formas de organizar a gestão e o processo de trabalho (OLIVEIRA, 2010).

O PT pode assumir novos aspectos e nomenclaturas dependendo do autor. Merhy apresenta o Projeto Terapêutico Individual (PTI) em que o profissional de saúde assume o papel de gestor e executor do mesmo, voltado tanto para o indivíduo como para um grupo, articulado tanto entre os profissionais em si, quanto entre estes e os usuários (OLIVEIRA, 2010).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) traz o singular em substituição ao individual, pautando-se fundamentalmente no fato de que na saúde coletiva é importante considerar não só o indivíduo, mas todo o contexto social. Cada usuário tem uma história de vida, construída no seio familiar e inserida em um meio social. Isso serve para todos, pois cada um é singular e único. Então, o termo 'singular' se mostra mais afinado à dinamicidade e complexidade do cuidado humano. Contudo, o PTS pode ser pensado, seja para um indivíduo, seja para um coletivo. A configuração mais próxima do que seja o PTS surge no início da década de 1990, época do auge das inquietações quanto às mudanças do modelo tecnoassistencial, com forte influência do movimento de reforma psiquiátrica italiano, como relatam Oliveira (2010) e Chiaverini (2011).

A produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica (AB) e na Atenção Especializada (AE), no contexto dos CAPS, estrutura-se formalmente em uma atuação interdisciplinar. Porém, no cotidiano dos serviços, o que se vê muitas vezes é uma prática fragmentada. Comumente, cada profissional atua a partir de seu saber específico sem interlocução com as demais categorias profissionais que são corresponsáveis na construção do PT, o que fragiliza a interdisciplinaridade.

O conceito de interdisciplinaridade é complexo, comportando várias interpretações. De acordo com Demo (1997, p. 88), a interdisciplinaridade pode ser definida como “arte do aprofundamento com sentido de abrangência, para dar, ao

mesmo tempo, da particularidade e da complexidade do real”. Demo ainda enfatiza que a interdisciplinaridade surge como paradigma questionador do modelo positivista, o qual fragmenta o saber e dicotomiza o conhecimento.

A elaboração do PTS envolve atuação individual e coletiva. Para tanto, é fundamental a organização do processo de trabalho de forma que favoreça momentos de encontro entre os profissionais para pensar a construção do PTS, pautando-se na avaliação do caso clínico de forma ampliada, objetivos terapêuticos, propostas de intervenção e avaliação de resultados. Seu planejamento deve incluir ações que favoreçam a participação ativa do usuário e seu familiar, promovendo maior autonomia e compartilhamento de informações e saberes (BRASIL, 2004a).

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) é a equipe de referência no cuidado às demandas de saúde dos usuários do SUS. Assim, ela deve ser a gestora do Projeto Terapêutico (PT), acompanhando e garantido os fluxos das ações e serviços necessários à continuidade dos cuidados ao usuário, inclusive em outros níveis da saúde, ou mesmo em outros setores (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

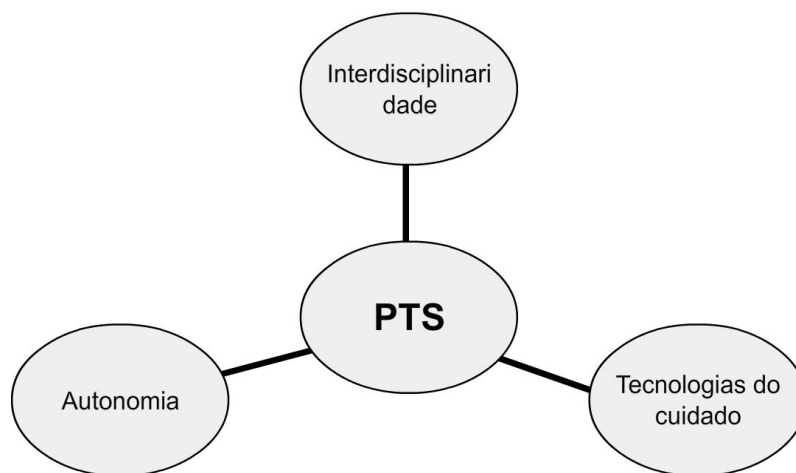
Porém, enquanto equipe de referência, ela pode acionar outros profissionais especialistas que poderão, através do apoio matricial, dar suporte à equipe para a construção e implementação do PTS. (BRASIL, 2004a).

Para Campos (2007a), o Apoio Matricial (AM) é um arranjo organizativo que tem o objetivo de dar suporte especializado à equipe de referência, no caso à equipe da ESF. Propõe-se, ainda, a oferecer retaguarda tanto assistencial quanto suporte técnico-pedagógico na produção do cuidado às demandas dos usuários.

Quando um usuário apresenta uma necessidade de saúde, desencadeia um processo de busca de solução para seu problema, gerando um percurso, uma linha de cuidado, que Freire (2005, p. 92) denominou como “caminho virtual realizado por um usuário entre a identificação de uma necessidade até o acesso ao conjunto de intervenções disponíveis para reconstruir sua autonomia”.

À medida que um profissional de saúde identifica um problema de saúde, ele pode a partir de então disparar o PTS. Com isso, desencadeando a produção do cuidado ao usuário em parceria com outros profissionais e acionando outros

serviços necessários, seja em outros serviços socioassistenciais, seja em outros níveis de atenção à saúde. (FRANCO, 2006).



**Figura 1** – O PTS como promotor do cuidado integral.

O PTS, enquanto conjunto articulado de ações a serem efetivadas no cotidiano do serviço, pauta-se em quatro movimentos, são eles: 1 - Definir hipóteses diagnósticas, partindo de uma visão multiprofissional e da clínica ampliada; 2 – Definir metas, quais ações são demandadas à equipe no cuidado ao usuário; 3 – Divisão de responsabilidade, o que cabe a cada profissional desenvolver a fim de efetivar o que foi pactuado em equipe; 4 – Reavaliação, momento para a retomada da discussão do caso e alterações necessárias para promover a resolubilidade do caso em questão. (BRASIL, 2007a)

O PTS é uma ferramenta importante no sentido de trabalhadores de saúde e usuário, coletivamente com seus familiares, construir uma proposta de cuidado centrado no usuário. Até então no âmbito do planejamento, mas com fins a se efetivar no cotidiano dos serviços de saúde. Segundo Franco e Magalhães Júnior “[...] os recursos disponíveis, devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência” (2006, p.6).

Quanto às tecnologias, Merhy (2002) categoriza as tecnologias assistenciais como tecnologias duras, leve-duras e leves. Tecnologias duras seriam aquelas

relacionadas às máquinas (raio-x, mamografia...), as leve-duras relacionadas ao conhecimento técnico dos trabalhadores, e as tecnologias leves são também chamadas de relacionais, pois se pauta no vínculo, na corresponsabilização pela saúde dos usuários. O autor propõe a inversão do paradigma que defende que a qualidade do serviço está pautada nas tecnologias duras (exames) em detrimento das leves.

A importância consiste em estudar o cuidado em saúde mental do usuário do SUS, na Atenção Básica (AB) e sua articulação com o CAPS, enquanto serviço especializado, através do apoio matricial em saúde mental. A partir desta articulação, promover espaço fértil para a construção coletiva e corresponsável do PTS enquanto disparador de ações resolutivas no cuidado deste usuário, que é singular, na promoção de sua autonomia.

A partir do exposto, algumas indagações emergem, quais sejam: Como se processa o cuidado em saúde mental aos usuários da atenção básica e psicossocial? Quais tecnologias de cuidados são utilizadas na construção do PTS? Como se dá a resolubilidade e os fluxos do cuidado no apoio matricial e outras situações de cuidado? Como os profissionais desenvolvem o PTS e sua interlocução com o apoio matricial?

### **1.3 Objetivos**

#### **Geral:**

Compreender como se processa o cuidado em saúde mental do usuário na atenção básica e CAPS, quanto à resolubilidade, à corresponsabilização, à autonomia e aos cuidados na construção do projeto terapêutico singular.

#### **Específicos:**

Identificar quais tecnologias de cuidado são utilizadas na construção do projeto terapêutico singular em saúde mental na ESF e CAPS, relacionadas à corresponsabilização e à autonomia;

Categorizar como se dão a resolubilidade e os fluxos do cuidado na construção do projeto terapêutico singular na ESF e CAPS, no apoio matricial e em outras situações de cuidado;

Analisar como os profissionais de saúde mental desenvolvem o projeto terapêutico singular de usuários em crise e no apoio matricial.

## **2. BASE TEÓRICA DO ESTUDO**

### **2.1 Reforma psiquiátrica e sua interface com as tecnologias leves de cuidado na construção do Projeto Terapêutico Singular**

O modelo de atenção à saúde sofreu uma inversão a partir da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que a organização dos serviços e as práticas de saúde foram influenciadas por propostas, como a garantia de acesso universal e assistência integral. Porém, cotidianamente nos serviços de saúde ainda se observam processos de trabalho fragmentados, monodisciplinares e relações hierárquicas (TENÓRIO, 2002).

Seja nos níveis primários de assistência, ou em serviços mais complexos e especializados, como exemplo, a atenção à saúde mental, as práticas permanecem as mesmas, ou seja, trabalhadores demonstram grande dificuldade no trabalho em equipe, na interação com o coletivo, com sobreposição de saberes, sob os valores e a cultura de uma clínica ainda pautada no modelo tradicional e prescritivo, interferindo significativamente na resolubilidade do cuidado em saúde no SUS (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Nesse contexto, a análise do processo de mudança do modelo de atenção à saúde em detrimento às práticas reproduzidas por um modelo hegemônico de cuidar, individualizado e fragmentado, alcança maior proporção e descrição de detalhes quando analisadas sob a ótica da produção do cuidado integral, uma vez que esta pode ser compreendida como um instrumento e dispositivo capaz de operar e consolidar a mudança no modelo assistencial de saúde, pois opera com as dimensões de análise como o acesso aos serviços de saúde, acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia, formação profissional e resolubilidade da assistência (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

A partir dessas evidências, refletiu-se sobre esse processo e foi reconstruída a concepção de cuidado que vem norteando as práticas dos trabalhadores e as mudanças no cenário da assistência integral à saúde. Para Boff (1999), o cuidado está relacionado a ações de zelo, atenção, preocupação e responsabilização com aquele que está sendo cuidado. Assim, o cuidar não significa meramente o emprego de técnicas, mas vai além, pois se desenvolve em uma relação do cuidar. Inclusive,

o cuidar em saúde que traduz todas as medidas necessárias e orientadas profissionalmente com vistas ao êxito do tratamento.

Ayres (2004) faz uma leitura filosófica do termo, analisando vários aspectos dessa categoria. Segundo ele afirma, o cuidado é construído no movimento do ato de viver e é o que mantém o homem vivo, pois sem ele esse homem não subsiste. Assim, conforme o autor assegura, sem o cuidado não há ser, não há vida.

Merhy (1999) considera que todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem que primeiro produzir atos de saúde, e que esta relação em si é tensa. Produzir um procedimento é produzir um ato de saúde, mas isto pode ser feito dentro de certo modo de cuidar, que não é necessariamente "cuidador". Essa é a tensão que o autor explicita no processo de produção da saúde, ou seja, as tensões entre o cuidado centrado nos procedimentos ou nos usuários; entre um agir privado e um público, inscrito no modo de operar o trabalho vivo em ato em relações intercessoras; e entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde.

Dessa forma, Ayres (2001) acrescenta a necessidade de transformação das concepções constituídas a partir das ações de saúde. O agir em saúde precisa se afastar do cumprimento de uma intervenção e propiciar a aproximação de uma noção mais ligada ao cuidado. Tal premissa se faz presente, pois o modelo de intervenção submete o objeto (sujeito, paciente, família, etc) ao poder técnico (interventor), e desnuda a singularidade do indivíduo.

Uma dimensão subjetiva das práticas em saúde é proposta por Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) como parte da inovação tecnológica, revalorizando uma prática cujas relações interpessoais resguardem o sentido humano das profissões da saúde, contrapondo a visão predominante de uma cisão entre o que é técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas.

Para Merhy e Franco (2003), esse trabalho em saúde é sempre relacional, dependendo do trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que se está produzindo, ressaltando a importância das tecnologias leves como fundamental para a produção do cuidado.

Nesta perspectiva, a mudança de modelo assistencial requer inversão das tecnologias de cuidado a utilizar na produção da saúde. Um processo de trabalho

centrado em tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor de cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006).

Obstante, Merhy (1997) considera que este é um desafio colocado para os sujeitos que atuam na produção de saúde, buscar outro modo de operar o trabalho, de se construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores, do ponto de vista do seu desempenho técnico, e da construção de um trabalhador coletivo.

Logo, Franco (2006) corrobora com a idéia de que o trabalho em saúde se dá a partir de encontros de trabalhadores e desses com os usuários. Anuncia o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando certa micropolítica, que é entendido como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra, com isso favorecendo o estabelecimento de vínculos e responsabilização entre profissionais e usuários.

Assim, por meio da superação das tensões dos processos de trabalho em saúde, pode-se conceber a produção do cuidado de forma sistêmica e integrada, pois os recursos disponíveis para o trabalho em saúde como a assistência multiprofissional, as diretrizes de acolhimento, vínculo e responsabilização devem estar direcionados de forma singular, guiando o projeto terapêutico do usuário, garantindo o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência.

Portanto, discutir a produção do projeto terapêutico e a atenção integral nas redes assistenciais do SUS requer uma análise contextualizada da prática da equipe multidisciplinar que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois estes se configuram como espaços evidentes da atuação na promoção da Saúde Mental.

Essa discussão é feita por Franco e Magalhães Junior (2006) quando trazem a imagem de uma “linha de produção do cuidado”, ou seja, esta linha é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e



recursos assistenciais. O usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada.

Nesse sentido, Malta et al (2004) considera que caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. Não se faz esse percurso de forma impessoal, mecânica, desvinculada de sentimentos e impressões.

A análise da linha de cuidado traz diversas possibilidades que favorecem a integralidade das ações da saúde, ou seja, rastrear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir o beneficiário, quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de negação de acesso, vigilância à saúde, promoção e os ruídos produzidos. Ao analisar o caminhar do usuário na linha, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo de necessidades dos usuários, se determinado pelo projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, autonomia, ou, ao contrário, se ocorre fragmentação ou interrupção da assistência (MALTA et al, 2004).

Assim, a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a se enfrentar para mudança dos serviços de saúde, para colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Favorecendo, ainda, uma assistência realizada em uma dimensão mais global, estabelecendo como necessidade tecnológica a totalização da assistência, constituindo a atenção integral à saúde e, dessa forma, alcançar uma melhor capacidade resolutiva dos serviços e desse trabalhador coletivo na produção do cuidado (FRANCO E MAGALHÃES JUNIOR, 2006; SCHRAIBER E MENDES-GONÇALVES, 2000).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo a legislação, se configura como porta de entrada do usuário às redes de serviços assistenciais do SUS. Neste nível de atenção, seus recursos tecnológicos devem ser esgotados a fim de que a própria atenção básica possa suprir as necessidades de saúde do usuário. Um dos entraves para uma maior efetividade das ações deste nível de atenção encontra-se no modelo tecnoassistencial, que ainda supervaloriza as tecnologias duras

(máquinas e equipamentos) em detrimento das leve-duras (conhecimento técnico) e leves (tecnologias relacionais). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (FRANCO, 2006).

Assim, na busca pela integralidade das ações e cumprimento dos princípios do SUS, é necessário reconhecer que a integralidade implica uma recusa ao reducionismo e uma afirmação de abertura ao diálogo. Conforme aponta Mattos (2004), é um princípio que possui vários sentidos e que está em contínua construção. O primeiro deles se refere à integralidade como prática dos profissionais de saúde, o segundo conjunto está relacionado a atributos da organização dos serviços, e o terceiro corresponde à integralidade como respostas governamentais aos problemas de saúde.

No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade como um traço de uma boa Medicina, consistiria numa atitude que recusa reduzir o paciente ao aparelho biológico que está em sofrimento, ou seja, na queixa do paciente. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos.

A integralidade, como modo de organizar as práticas, exigiria romper com o modelo “hospitalocêntrico” e verticalizado dos serviços e criar certa “horizontalização” dos programas propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). E aqui se pode notar que a integralidade não é mais uma atitude, e sim, uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho.

Por último, apreende-se a integralidade e as Políticas Específicas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. Esse sentido recusa reduzir os objetos da política à descontextualização. Assim, a integralidade é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação oferta e demanda, em planos distintos de atenção à saúde (o individual e o coletivo), nos quais os

aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. E tem em suas concepções a idéia força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2006).

Caminhando nesse raciocínio, percebe-se que o usuário deve ser o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades de forma compartimentada e, ainda, compreender algumas dimensões da produção do cuidado como o acesso, acolhimento e o vínculo que impactam no agir em saúde no cotidiano dos serviços (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006).

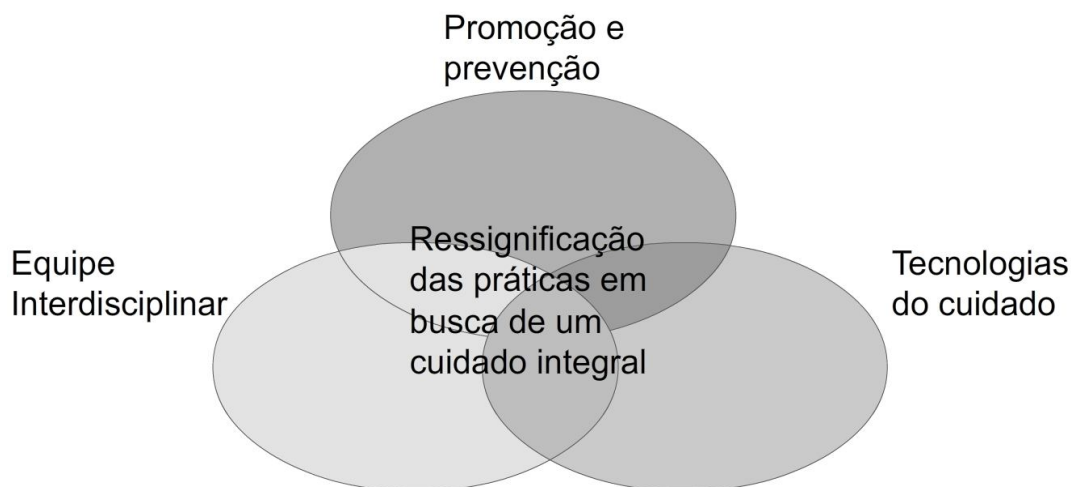
Dessa forma, a questão da produção do cuidado e atenção integral passa a ser vista sob o aspecto não apenas de organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade, é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais.

Especificamente sobre o foco das ações de saúde mental na rede básica, ou seja, da integração da saúde mental com a atenção primária, observa-se que a resolubilidade das ações está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos trabalhadores, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação trabalhador/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar, pautando suas ações com compartilhamento de responsabilidades, em vista a uma maior autonomia do usuário no seu processo saúde-doença, bem como em serviços efetivamente resolutivos.

Urge a ressignificação do pensar e agir em saúde, associando ações de promoção, prevenção e reabilitação articuladas com os saberes estruturados do campo das profissões, as experiências singulares e a articulação intra e intersetorial. Nesse sentido, a produção do cuidado tem como desafio a busca contínua de opções inovadoras e estratégicas nos espaços que conformam a assistência em saúde. A possibilidade do encontro de necessidades, interesses e desejos, tanto dos usuários como dos trabalhadores, e ainda dos serviços de saúde, perpassam pelo diálogo e participação.

Nesta operação prática do cuidado, são dispostos nos encontros elementos dissonantes ou consonantes, para consolidação da resolubilidade do cuidado. São

dispositivos para uma prática integral em saúde: acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia. A garantia da integralidade da atenção em saúde deve dispor destes elementos operacionais, estratégicos em todo o processo.



**Figura 2** – Resignificação das práticas em busca de um cuidado integral.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o dispositivo especializado de referência no cuidado em saúde mental. É voltado para usuários com transtornos mentais graves e severos. Na Atenção Básica (AB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é porta de entrada do SUS. Através dela, o usuário de sua área adscrita com demanda em saúde mental deve ser identificado pela equipe de Saúde da Família e no próprio serviço buscar estratégias que respondam as suas necessidades de saúde. “É importante reconhecer que há uma linha do cuidado internamente na Unidade Básica de Saúde, e que ganha relevância se considerarmos que a maior parte dos problemas de saúde pode ser resolvida neste nível da assistência” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006; p.132).

No nível da AB, muitas demandas podem ser respondidas, mas, para tanto, é fundamental a organização dos processos de trabalho, centrada no cuidado integral do usuário e em uma prática interdisciplinar. Prática que muitas vezes se mostra ainda fragmentada e centrada na figura do médico, sem favorecer a troca de saberes e práticas, como ressalta Franco e Magalhães Júnior (2006; p.127):

Contribui ainda para a baixa resolutividade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de

procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário.

Nesta perspectiva, percebe-se o quão frágil está um dos pilares do SUS, que é a diretriz da integralidade. Visto que a integralidade se apresenta fragilizada, tanto no caminhar do usuário entre os níveis de atenção como na produção de cuidado integral a esse usuário em determinado serviço, como no CAPS, por exemplo.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo e natureza do estudo**

O estudo consiste numa pesquisa qualitativa que busca a compreensão do fenômeno Projeto Terapêutico Singular em suas múltiplas dimensões. Tem como pressuposto teórico a Hermenêutica de Paul Ricoeur (1989). O centro da abordagem hermenêutica está na compreensão do texto, procurando entender a multiplicidade de significados, tentando clarear o que é confuso, escondido, fragmentado.

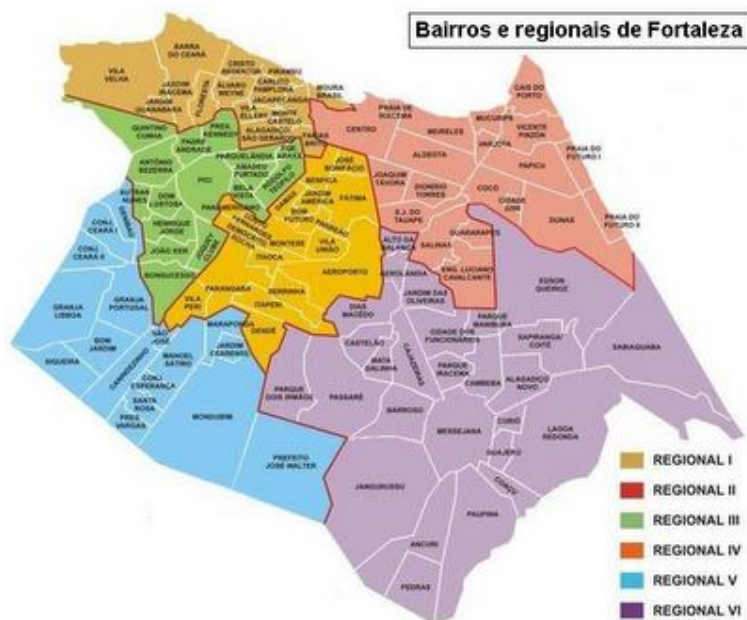
Atentando para a adequação do método, como disse Richardson (1999, p.70): “faz-se necessário enfatizar que o método precisa estar apropriado ao tipo de estudo que se deseja realizar, mas é a natureza do problema ou seu nível de aprofundamento que, de fato, determina a escolha do método”.

Para o desenvolvimento do estudo, foi necessária a utilização de um conjunto de instrumentos e técnicas que possibilitasse a investigação científica do objeto de pesquisa indagado. A realidade do campo social requisitou um manejo mais sensível às várias condições e/ou situações cristalizadas e/ou dinâmicas pela natureza processual e produtiva. O estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos) encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar neste universo complexo e ativo (MINAYO, 2008).

#### **3.2 Campo empírico da pesquisa**

O município de Fortaleza se encontra no litoral norte do estado do Ceará. Faz fronteira com o Oceano Atlântico ao norte e com os municípios de Eusébio, Maracanaú e Caucaia. Considerada a quinta maior cidade do País, sua área de 313,8 Km<sup>2</sup> e sua população estimada pelo IBGE de 2.374.944 habitantes, em 2005, resulta uma densidade demográfica em torno de 6.818 habitantes por Km<sup>2</sup>. Destes, 53,2% são do sexo feminino, e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos, e

a população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do total (FORTALEZA, 2006).



**Figura 3** – Mapa do município de Fortaleza-CE organizado em regionais.

Fonte: Fortaleza, 2007.

A cidade está dividida administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) (Quadro 1). A organização do sistema municipal de saúde tem se dado em Fortaleza através de redes assistenciais (RAs), a saber: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; Rede Assistencial da Urgência e Emergência; Rede Assistencial Hospitalar; Rede Assistencial da Saúde Mental (FORTALEZA, 2007).

A rede assistencial da Estratégia Saúde da Família apresenta o Programa Saúde da Família como eixo estruturante da organização do sistema municipal de saúde. Nesse sentido, a operação Fortaleza Bela, em 2006, trabalhou na estruturação dessa rede concluindo a reforma de 77 (setenta e sete) unidades dispostas nas seis Regionais da Cidade. Ainda nesse ano, o número de equipes de trabalho foi ampliado contabilizando, em dezembro de 2006, um total de 304 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, das quais 240 compostas por profissionais

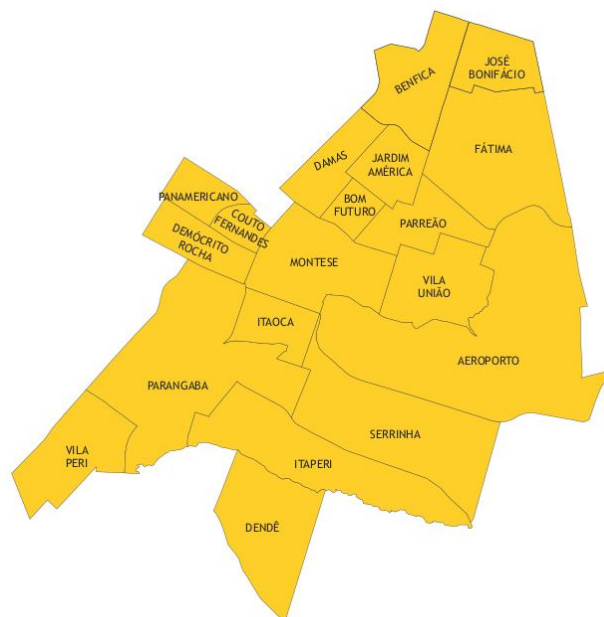
médicos. Nessa data, o município também contava com 196 equipes de saúde bucal, as quais realizaram no ano de 2006 um total de 465.009 procedimentos (FORTALEZA, 2007). Destacam-se como trabalhos importantes dessa rede assistencial: atenção ao idoso, controle de hipertensão e diabetes mellitus, programa de combate à tuberculose, programa de controle e eliminação da hanseníase, atenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e a AIDS, programa de alimentação e nutrição e bolsa família.

SER	Nº de Habitantes	Nº de Bairros	Nº de CAPS	Modalidades
I	360.000	16	02	CAPS AD e Geral
II	325.058	21	02	CAPS AD e Geral
III	378.000	16	03	CAPS AD, Geral e Infantil
IV	280.000	19	03	CAPS AD, Geral e Infantil
V	570.000	16	02	CAPS AD e Geral
VI	600.000	27	02	CAPS AD e Geral

**Quadro 1** – Quantitativo de habitantes de cada Secretaria Executiva Regional, nº de bairros existentes, nº de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades. Fonte: Fortaleza, 2011.

No que diz respeito à atenção em saúde mental, até 2005 o município contava com apenas três CAPS Geral tipo II, nas Regionais III, IV e VI. A partir do referido ano, observa-se a ampliação e implementação de sua rede assistencial. São implantados outros três CAPS Geral tipo II nas Regionais I, II e V; seis CAPS AD, uma em cada Regional, voltados para o cuidado a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas; além de dois CAPS, voltados para o atendimento de crianças e adolescentes, sendo um instalado na Regional III, atendendo as Regionais ímpares e outra na Regional IV, como referência para as Regionais pares (Quadro 1).





**Figura 4** – Mapa da Regional IV do município de Fortaleza. Fonte: Fortaleza, 2007.

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de modalidade Geral, voltado para adultos com transtornos mentais severos, do município de Fortaleza, como também em duas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família, participantes do apoio matricial em saúde mental. Sendo os dois equipamentos especificamente situados na Secretaria Executiva Regional (SER) IV. A escolha da referida Regional se deu de modo intencional, considerando que a mesma faz parte do convênio entre a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Prefeitura de Fortaleza, através do Sistema Municipal Saúde Escola.

### 3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram compostos por quatro grupos de sujeitos, contemplando usuários e trabalhadores de saúde mental. Sendo estes últimos, de acordo com os critérios de inclusão: aqueles que atuam no cuidado em saúde mental na atenção primária, ou seja, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e aqueles que atuam na atenção especializada, no caso, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral da Regional IV, do município de Fortaleza. (Quadro 2).

<b>GRUPO</b>	<b>REPRESENTAÇÃO</b>	<b>Nº DE PARTICIPANTES</b>
I	Profissionais matriciadores do CAPS	03
II	Profissionais da ESF	10
III	Usuários que participaram do AM	04
IV	Usuários que não participaram do AM	04
	<b>Total</b>	<b>21</b>

**Quadro 2** – Descrição dos grupos de participantes da pesquisa.

O grupo I foi composto por profissionais com formação universitária que atuam no CAPS Geral da Regional IV e ocupam a função de matriciadores no campo da saúde mental na ESF, em um total de três profissionais (Quadro 3).

<b>Grupo I: Profissionais matriciadores do CAPS</b>	<b>Nº de participantes</b>
Médico psiquiatra	01
Psicólogo	01
Terapeuta Ocupacional	01
<b>Total</b>	<b>03</b>

**Quadro 3** – Distribuição dos participantes da pesquisa por categoria profissional do CAPS.

O grupo II foi composto por dez profissionais com formação universitária que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) e participaram do matriciamento em saúde mental. Compuseram este grupo os profissionais da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Quadro 4).

<b>Grupo II: Profissionais da ESF</b>	<b>Nº de participantes</b>
Assistente social	02
Biomédico	01
Enfermeiro	03
Fonoaudiólogo	01
Médico	01
Nutricionista	01
Terapeuta Ocupacional	01
<b>Total</b>	<b>10</b>

**Quadro 4** – Distribuição dos participantes da APS por categoria profissional.

O grupo III foi composto por quatro usuários que trouxeram demanda de cuidado em saúde mental à ESF e ainda participaram do matriciamento, enquanto que o grupo IV foi composto por quatro usuários que também demandaram cuidado em saúde mental, porém não passaram pelo matriciamento (Quadro 5).

<b>Grupo III e IV: Usuários que participaram e usuários que não participaram do AM</b>	<b>Nº de participantes</b>
Usuários participantes do AM	04
Usuários não participantes do AM	04
<b>Total</b>	<b>08</b>

**Quadro 5** – Distribuição dos usuários participantes da pesquisa.

Por necessidade de aprimoramento e compreensão do fenômeno, foram incluídas no grupo amostral mais três categorias profissionais, sendo uma

fonoaudióloga, uma nutricionista e uma biomédica. Estas foram escolhidas de forma intencional no decorrer da pesquisa.

Para entrada de campo, foi realizado um levantamento da população para se conhecer o quantitativo de profissionais e usuários dos serviços no cenário do estudo. O processo de amostragem foi por conveniência.

Durante o processo de obtenção das narrativas, buscou-se o aprofundamento das questões levantadas, a fim de uma maior compreensão do fenômeno estudado em suas múltiplas facetas.

Na composição dos participantes do estudo, foram utilizados alguns critérios:

De inclusão para os profissionais foram: ter experiência profissional em saúde mental, seja na atenção primária ou especializada, de no mínimo seis (6) meses e atuar no campo da pesquisa, Regional IV, há pelo menos o mesmo período;

De exclusão dos profissionais da pesquisa foram: não aceitação em participar da pesquisa ou falta de disponibilidade no período em que esta etapa da pesquisa foi realizada;

Os critérios de inclusão dos usuários foram: estar em acompanhamento nos serviços de cuidado em saúde mental na ESF da Regional IV há pelo menos seis (6) meses, ter participado do apoio matricial, ser maior de idade, além de apresentar quadro clínico e cognitivo que possibilite sua participação.

Enquanto que os critérios de exclusão dos usuários foram: não aceitação em participar da pesquisa ou falta de disponibilidade no período em que esta etapa da pesquisa foi realizada.

### **3.4 Estratégia de coleta das experiências, instrumentos e procedimentos**

A coleta das informações ocorreu por meio da observação sistemática e entrevista semiestruturada. A observação sistemática foi realizada pelo pesquisador no serviço guiado por Roteiro de Observação Sistemática (APÊNDICE C), pautava-se sobre a dinâmica do serviço, postura dos profissionais no atendimento do apoio matricial, entre outros. As observações foram anotadas em diário de campo no

momento da busca das informações nos dois turnos, aproximadamente dez (10) ou mais anotações. Essas anotações foram analisadas conjuntamente com as narrativas das entrevistas, servindo essas como complementação e aprofundamento de questões. Esta técnica se faz importante por possibilitar ao pesquisador acompanhar o cotidiano do serviço e seus fluxos, elucidando possíveis lacunas que venham a surgir através dos grupos focais ou das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas tendo como fio condutor um roteiro para usuários e outro roteiro para profissionais (APÊNDICES D e E). A entrevista foi semiestruturada e gravada após anuência do sujeito pesquisado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador, transcritas na íntegra e tiveram duração média de 25 minutos. Para tanto, a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2008).

A relevância da entrevista para a pesquisa está no fato de ela constituir um instrumento privilegiado de coleta de informações porque utiliza a fala, sendo que por meio desta é possível se apreender, entre outras coisas, o sistema de valores, as normas e as condições estruturais em que não só o entrevistado está inserido, mas o grupo ao qual ele pertence (MINAYO, 2008).

Objetivos	Instrumentos e técnicas
<p>Compreender como se processa o cuidado em saúde mental do usuário na atenção básica e CAPS, quanto à resolubilidade, à corresponsabilização, à autonomia e aos cuidados na construção do projeto terapêutico singular.</p>	

<p>Identificar quais as tecnologias de cuidado que são utilizadas na construção do projeto terapêutico singular em saúde mental na ESF e CAPS, relacionadas à corresponsabilização e autonomia.</p>	<p>Observação sistemática Entrevista (com roteiro para profissionais e usuários)</p>
<p>Categorizar como se dão a resolubilidade e os fluxos do cuidado na construção do projeto terapêutico singular na ESF e CAPS, no apoio matricial e em outras situações de cuidado.</p>	<p>Observação sistemática Entrevista (com roteiro para profissionais e usuários)</p>
<p>Analisar como os profissionais de saúde mental desenvolvem o projeto terapêutico singular de usuários em crise, apoio matricial e os fluxos para o cuidado.</p>	<p>Observação sistemática Entrevista (com roteiro para profissionais)</p>

**Quadro 6** – Objetivos e técnicas de coleta de informações da pesquisa.

A coleta das informações das duas sessões de matriciamento aconteceu durante os meses de junho a agosto do corrente ano, sendo que esta ocorria uma vez por mês. Das unidades da pesquisa, ocorreu matriciamento somente em uma das unidades da ESF e CAPS.

### 3.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a pesquisa de campo só foi iniciada após sua aprovação. Os usuários e profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES

A e B, respectivamente), permitindo a realização da pesquisa de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que rege sobre a pesquisa com seres humanos, respeitando os quatro princípios básicos da Bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O princípio da beneficência foi observado na medida em que a pesquisa pode trazer benefícios e manter a obrigação de não causar nenhum dano nem ao sujeito participante da pesquisa, nem à instituição em que trabalha, nem a terceiros. O princípio da não maleficência foi considerado através da garantia de que a pesquisa não trará nenhum prejuízo para os participantes envolvidos. O princípio da autonomia foi praticado na medida em que foi preservado o direito de retirarem-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe acarretasse nenhuma penalidade. O princípio de justiça será exercido através da garantia do anonimato e sigilo, de receber informações sobre a pesquisa e sendo respeitada de forma justa.

### **3.6 Plano de análise e interpretação dos dados**

Para atender aos objetivos do estudo, seguiram-se os passos de análise de narrativa de Paul Ricoeur (1989) e de Fluxograma Analisador de Merhy (2002).

A interpretação é processual e segue algumas etapas, sendo elas: transcrição das entrevistas em texto, interpretação superficial, análise estrutural e compreensão abrangente do texto. Esse processo remete a imagem de uma espiral, visto que a proposta é de pontos de encontro no texto que se relaciona com o todo.

Falar de interpretação é falar da articulação entre linguagem e experiência vivida. À medida que a experiência vivida é expressa em palavras e transcrita em um texto, ela é suscetível de interpretação. Além disso, outro recurso importante é a observação do pesquisador frente ao objeto estudado, materializando sua experiência vivida por meio de diários de campo que se transformam em textos, dessa forma, somando no processo interpretativo (RICOEUR, 2002).

No que se refere à primeira fase, foi realizada a transcrição, pois esta foi a etapa de distanciamento (objetivação do texto), categoria essa apresentada por Ricoeur (1989).

A transcrição das entrevistas em texto, primeira etapa do processo de interpretação, é uma das quatro formas de distanciamento (objetivação do texto). De acordo com Geanellos (2000, p. 113), a função hermenêutica da distanciamento tem suas origens no princípio de Gadamer (1979) que envolve: (1) consciência histórica - o entendimento está situado na história e influenciado pela história; e (2) fusão de horizontes - o entendimento ocorre através da fusão do horizonte do texto e do horizonte do interpretador. Para Ricoeur, a interpretação busca reduzir a distância entre os diversos horizontes, liberando o texto das intenções do autor (participante da pesquisa), dando ao texto “vida própria”.

A segunda etapa do processo de interpretação envolve a interpretação superficial ou interpretação naive. Nesta etapa, o pesquisador compreende o significado do texto como um todo, em linhas gerais, por meio de leituras múltiplas, e a seguir a identificação de alguns temas principais. Essa compreensão pode ser rejeitada, ou confirmada e ampliada, à medida que a compreensão avança e aprofunda-se. Até aqui, a interpretação tratou do que está expresso no texto, o que “o texto diz” (GEANELLOS, 2000, p. 115).

A análise estrutural é a etapa em que o texto é analisado por unidades de significado. Estas serão condensadas e, posteriormente, passa-se à identificação de subtemas. Os subtemas, por sua vez, são agrupados em grandes temas.

A última etapa do processo de interpretação é a compreensão abrangente do texto ou interpretação profunda. Nesta etapa, procede-se a identificação e revisão das unidades de significação de forma que estas sejam analisadas a partir das compreensões prévias do pesquisador, do distanciamento. A interpretação vai além do que está expresso no texto, utilizando a pré-compreensão do pesquisador como horizonte ao texto. Assim, “explicar é destacar a estrutura, quer dizer, as relações internas de dependência que constituem a estática do texto; interpretar é tomar o caminho de pensamento aberto pelo texto, pôr-se em marcha para o oriente do texto” (RICOUER, 1989, p. 159)

Para Geanellos (2000), no distanciamento, a objetivação do texto reduz a intenção do autor (entrevistado), eliminando a idéia de que exista uma única forma de compreensão. Um texto tem vários significados e as pessoas interpretam diferentemente o mesmo texto. Este processo permite interpretar partes do texto em relação ao todo, e o todo em relação a suas partes.



Tendo em vista que um dos objetivos da pesquisa é compreender como se processa o cuidado em saúde mental na atenção básica e psicossocial na construção do projeto terapêutico singular, outro instrumento se mostra importante e adequado ao estudo, o Fluxograma Analisador de Merhy (2002b). Também buscou-se construir um fluxograma à luz de Merhy (2002), como outro modo de analisar.

O “Fluxograma Analisador” é uma ferramenta que contribui para abrir algumas “caixas pretas” presentes na micropolítica dos processos de trabalho e nos mecanismos organizacionais capturantes das ações mais autônomas dos distintos sujeitos em cena. As “caixas pretas” dizem respeito aos mecanismos que as corporações e a burocracia do estabelecimento utilizam para aprisionar e enquadrar o serviço, a determinadas normas, objetivos e resultados. Desta forma, impõem aos serviços de saúde um modo de agir próprio de acordo com seus interesses. Esse processo, histórica e politicamente determinado, é institucionalmente subliminar à ação consciente do trabalhador, e, por isto mesmo, mecânico. Por outro lado, é determinante, na maioria das vezes, do resultado final do trabalho realizado, fundamentalmente dos produtos daquele estabelecimento.

A partir do Fluxograma Analisador (MERHY, 2002) pretendeu-se uma análise dos elementos subjetivos que atravessam a produção da prática, presentes nos diferentes momentos de fluxo de usuários na rede de atendimento.

Merhy (2002) considera que quaisquer serviços assistenciais de saúde podem ser enquadrados na sequência mostrada pelo diagrama-resumo, apresentado na Figura 3. Trata-se da perspectiva de análise das interfaces entre os sujeitos que produzem o cuidado em saúde, seus métodos de ação e o modo como se interseccionam, possibilitando uma nova compreensão sobre o trabalho em saúde, mudando o foco da atenção que passa a ser usuário-centrado.



**Figura 5** - Diagrama que representa o caminhar do usuário no serviço.

O Fluxograma Analisador desenha o fluxo do usuário de maneira que possa ser utilizado em qualquer unidade de serviço. Ele contempla desde a chegada do usuário, passando pela recepção, onde é avaliado o seu “problema de saúde”. A partir daí é decidida a sua necessidade e adequação ao serviço e, no caso positivo, encaminhado à ação assistencial propriamente dita de acordo com o cardápio de atividades, e finaliza com sua saída. Nesta etapa final, é possível avaliar a interação trabalhador/usuário, bem como a resolutividade das ações empreendidas (MERHY, 2002).

## **4 - RESULTADOS: COMPREENSÕES E DISCUSSÕES**

### **4.1- Síntese descritiva dos profissionais participantes da investigação: Quem são eles?**

Os sujeitos entrevistados foram profissionais de saúde com formação universitária que atuam na AB e profissionais do CAPS que atuam também como matriciadores no campo da saúde mental. A trajetória profissional em cada serviço é diversificada quanto ao tempo de atuação na área, identificação com o campo de saúde mental, bem como o vínculo empregatício. Alguns são concursados e fazem parte do quadro de efetivos do município, enquanto outros são celetistas, vinculados à empresa terceirizada que presta serviços à Prefeitura de Fortaleza.

**1- Médico**, 55 anos, masculino, trabalha na ESF em Centro de Saúde da Família há cinco anos, atua em saúde mental. Realiza o matriciamento de forma ocasional, se percebendo ativo, instigado a buscar conhecimento e uma prática inovadora, estimulando-o para o cuidado integral. Com estímulo, procurou inserir em um curso de saúde mental e com essa experiência de três anos apropriou-se de conteúdos e estratégias que facilitam sua atuação na prática do cuidado com o outro.

**2- Médica**, 31 anos, sexo feminino, com residência em psiquiatria, trabalha em CAPS geral, há três anos, e no campo da saúde mental há sete anos.

**3- Enfermeira**, 34 anos, sexo feminino, formação profissional de Enfermagem. Atua na ESF em uma unidade de saúde básica, há seis anos no campo da saúde mental, em que faz parte da equipe de apoio matricial, que foi implantado há dois anos. Essa experiência possibilita uma aproximação do profissional para o cuidado no campo da saúde mental. Entretanto, os profissionais da ESF que realizam o AM atendem os usuários que são referenciados de profissionais médicos da própria estratégia ou pelo CAPS.

**4- Enfermeira**, omitiu sua idade, sexo feminino, trabalha em um Centro de Saúde da Família (CSF), há cinco anos e 11 meses e afirma não atuar no campo da saúde

mental. Observa-se em sua narrativa que a profissional desconhece o significado de seu processo de trabalho no campo da saúde mental, principalmente no que se refere ao matriciamento.

**5- Enfermeira**, 43 anos, sexo feminino, atua em um CSF há seis anos, quando assumiu o concurso. Atua no campo da saúde mental há quatro anos e sua vivência na área parte da implantação do Apoio Matricial na unidade em que trabalha.

**6- Assistente Social**, 29 anos, sexo feminino, trabalha em um NASF há três anos e a experiência de saúde mental começou desde que assumiu seu processo de trabalho na ESF.

**7- Assistente Social**, 55 anos, sexo feminino, trabalha no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) há três anos. Não relata atuação no campo da saúde mental.

**8- Terapeuta Ocupacional**, 29 anos, sexo feminino, atua no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) há três anos. Revelou que seu processo de trabalho se inicia quando recebe o usuário para o atendimento, sendo as orientações realizadas na sala de espera e nas visitas domiciliares.

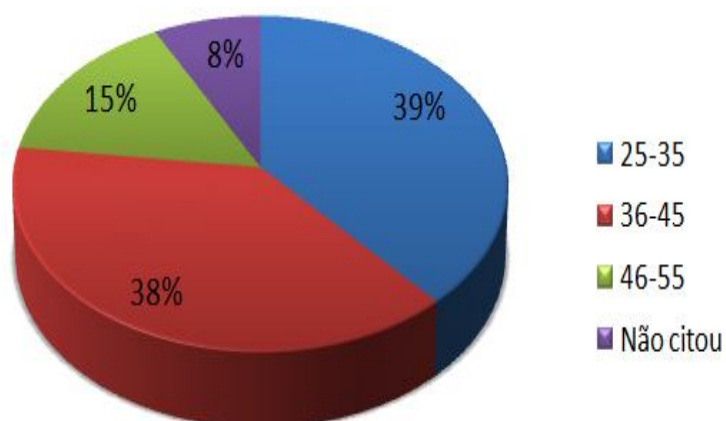
**9- Terapeuta Ocupacional**, 39 anos, sexo feminino, exerce sua função no Centro de Atenção Psicossocial há dois anos e três meses. No campo de saúde mental, sua vivência é de oito anos no município de Fortaleza.

**10- Biomédica**, 44 anos, sexo feminino, atua na equipe do NASF que dá suporte para cinco unidades da ESF. Informa que atua nesse serviço recentemente, num período de sete meses.

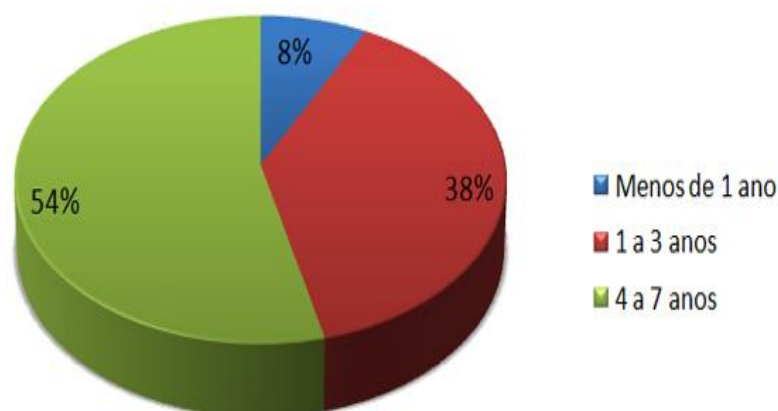
**11- Nutricionista**, 25 anos, atua no NASF, atendendo na policlínica Nascente e em um Centro de Saúde da Família (CSF), há dois anos, no campo da saúde mental participando no matriciamento.

**12- Psicóloga**, 38 anos, feminino, formação profissional psicóloga, atua do CAPS da Regional IV há um ano. Porém, no campo da saúde mental atua há cinco anos.

**13- Fonoaudióloga**, 36 anos, feminino, fonoaudióloga, atua no NASF. Há três anos que trabalha na AB e, desde então, teve aproximação com o campo da saúde mental.



**Figura 6** – Faixa etária dos profissionais participantes da pesquisa.



**Figura 7** – Tempo de atuação dos profissionais pesquisados no campo da saúde mental.

## **4.2 - PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

### **Subtema 1- Matriciamento como estratégia de corresponsabilização, autonomia e resolubilidade**

O cenário investigado revelou que o cuidado em saúde mental do usuário na Atenção Básica (AB) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se processa a partir do matriciamento em saúde mental. Este foi o disparador de novos olhares, reuniões de profissionais em torno da discussão da demanda e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Em complementação, observou-se que este novo olhar trouxe em seu bojo aspectos importantes para a prática da equipe e sua interação com a comunidade, como também favoreceu a corresponsabilização dos casos pelas equipes de saúde.

O matriciamento é um elo entre a atenção especializada e a AB quanto ao cuidado em saúde mental. A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto Equipe de Referência (ER), tem responsabilidade sanitária sobre aqueles usuários pertencentes a seu território adscrito.

No entanto, o papel da ER não deve se limitar a fiscalizar o tratamento e a reabilitação da clientela o qual assiste. Nem tampouco somente a responsabilizar-se por administrar os deslocamentos dos pacientes entre os serviços de saúde e a sociedade, mas atuar na elaboração e aplicação do PTS, através da construção de um diagnóstico ampliado, na vinculação com os usuários, com as famílias e com o território no qual estão inseridos (CAMPOS, 1999).

O matriciamento busca suprir a lacuna de conhecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto ao cuidado no campo da saúde mental. Para Campos e Domitti (2007), este arranjo organizativo busca garantir retaguarda especializada no que se refere à assistência direta ao usuário conjuntamente à ER, como também ser suporte técnico pedagógico aos profissionais da ESF. Com isso, instrumentalizar estes profissionais para o cuidado adequado à referida demanda.

A prática terapêutica no território se modula de maneira diferente da do consultório, construindo um trabalho junto à população local e nos serviços comunitários. A interconexão entre os serviços de saúde mental e a ESF evita a

fragmentação dos atendimentos e facilita o planejamento das ações no território, tais como: os atendimentos domiciliares e as intervenções clínicas na rede pessoal significativa dos sujeitos (VIEIRA; NÓBREGA, 2004)

Observa-se nas narrativas que os profissionais que atuam na ESF revelam como eles significam o Apoio Matricial (AM). Percebem tal ferramenta organizativa como promotora de aprendizado, bem como estimula a busca por aperfeiçoamento. Assim, promove uma visão mais integral, não só do usuário e sua demanda, mas também de toda a rede assistencial. À medida que o profissional passa a ter uma clareza maior do perfil deste usuário, de acordo com determinado serviço e a que ele se propõe, sua visão é ampliada numa perspectiva de cuidado integral, possibilitando agregar novas formas de pensar sua prática cotidiana.

O matriciamento, formulado por Campos (1999), objetiva aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde, propondo uma reformulação no modo de organização dos serviços, propondo relações horizontais entre especialistas e ER numa perspectiva interdisciplinar, favorecendo assim a conexão na rede assistencial em saúde.

Campos e Domitti (2007) ainda destacam a importância de que o AM opere na construção de um projeto terapêutico integrado desenvolvido a partir da articulação entre a equipe de referência da ESF e os apoiadores matriciais, mediante atendimentos e intervenções conjuntas. A construção do PTS deve integrar os cuidados ao usuário, à família e à comunidade, estando sua condução sob os cuidados da ER.

Esse arranjo organizacional possibilita dedicação, um aprender por meio das experiências em equipe, bem como a tomada de decisões para a resolubilidade da atenção. Além disso, promove o fluxo na rede assistencial e ainda favorece um olhar multifacetado, operando em uma clínica ampliada, tornando esse processo enriquecedor.

Eu acredito que o apoio matricial foi uma das recentes atividades que deram muita importância pra gente se dedicar mais, aprender, estudar mais. Eu acho que foi muito importante esse apoio matricial, inclusive seria uma sugestão para outras especialidades, que tenha um apoio assim, porque a gente tem uma dificuldade muito grande de encaminhar um paciente na hora que precisa. As consultas marcadas pelo sistema são muito demoradas e apoio matricial dá uma ajuda mais eficaz. Eu não tenho muito que reclamar, eu só

tenho elogios para o apoio matricial... Esse apoio matricial também ajudou muito a gente a clarear as idéias. Eu acho que ajuda bastante. Antes a gente ficava assim meio perdido e agora sabe melhor como conduzir esses pacientes. Acho que a gente sabe distinguir melhor o que é um paciente de CAPS e o que não é. O que é melhor para fazer para ele. Eu acho que tudo isso está ajudando bastante para gente e pros pacientes... A gente tem uma coisa, quando a gente está na especialidade,... Sempre olhando pro aqui e agora. Então, a gente sair e poder olhar pra outros movimentos, outras formas de atender, outras formas de pensar, outras formas de avaliar, outras formas de intervir também, isso também é enriquecedor pra gente.

Em sintonia com as ideias das narrativas dos profissionais, Tófoli (2007) argumenta que o apoio matricial surge como uma medida de aproximação entre os serviços de saúde mental e a atenção primária em saúde, consistindo-se como um apoio teórico-pedagógico que objetiva promover a capacitação da ER, no caso, a equipe multiprofissional da ESF, o que vai permitir que esses profissionais tenham maior desenvolvimento de suas habilidades e sejam capazes de conduzir os casos.

Outro aspecto que chama a atenção nas narrativas diz respeito ao agendamento para o matriciamento, em média dois a três usuários do campo da saúde mental são agendados. O número reduzido considera que nessa dinâmica tornam-se prementes o diálogo e a escuta, com a finalidade de compreensão da singularidade do usuário e, assim, possibilitar a tomada de decisão, discussão do plano terapêutico e resolubilidade dos problemas levantados. Ao término do atendimento do AM, a equipe se reúne para discussão de outras questões trazidas pelos profissionais, relacionadas à medicação e ao diagnóstico, com o suporte do médico psiquiatra. Portanto, o tempo de cada atendimento depende da complexidade da demanda do usuário.

No início, a gente costumava agendar mais ou menos três pacientes, só que a gente foi vendo que não dava, porque tinham pacientes que se estendiam mais, que precisavam de uma conversa mais longa, uma demora para depois a gente discutir o plano terapêutico, e aí a gente se estendia demais. Então, geralmente é marcado entre um ou dois pacientes, porque aí depois que termina o apoio matricial a equipe fica, discute alguma outra coisa, alguma dúvida que os profissionais médicos possam ter, em termo de medicação, pra tirar com a psiquiatra do CAPS... Teve momento que foi possível realizar um único atendimento no dia do AM, já que a senhora levou a manhã inteira, e na verdade o que a gente fez foi uma avaliação muito requintada do que era, e que ela saiu de lá com uma hipótese de diagnóstico. [...] Então, varia muito.



Com base nos depoimentos e nas observações, fica evidenciado que os profissionais buscam aprofundar a compreensão sobre o caso demandado pelo usuário que participa do matriciamento. Com isso, tem-se uma compreensão ampliada da história de vida deste usuário, sua dinâmica familiar, relações interpessoais, além do contexto social em que se encontra inserido.

O Matriciamento permite distinguir situações individuais e sociais, corriqueiras à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela ER e na rede assistencial quanto às demandas que exijam uma atenção especializada em saúde mental. O próprio CSF pode ofertar serviços de cuidado a esta clientela ou o CAPS da região de abrangência, de acordo com o risco e a gravidade do caso. Isto permite evitar práticas que levam à "psiquiatrização" e à "medicalização" do sofrimento e, paralelamente, promover a equidade e o acesso, garantindo níveis terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário, favorecendo a construção de novos arranjos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na formulação de projetos terapêuticos planejados para cada situação singular (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

As narrativas revelaram também que há uma preocupação pela qualidade em detrimento da quantidade de atendimentos por encontro matricial. De atentar para a importância da escuta cuidadosa e qualificada, com o intuito de uma atenção mais ampla e singular. Essa narrativa nos leva a refletir que os profissionais de saúde se pautam em uma clínica ampliada, partindo de uma maior compreensão da demanda do usuário e de suas reais necessidades. Com isso, abre-se caminho para uma intervenção integral e em consonância com a real necessidade de saúde do usuário assistido no AM.

No entanto, em contraponto a estas ideias, percebe-se que ainda há resquícios de uma compreensão equivocada quanto ao AM, relacionando-o ao atendimento especializado, ou seja, como se o matriciamento fosse um suporte do médico psiquiatra ao médico da ESF. Este entendimento de matriciamento como suporte à terapia medicamentosa e ao diagnóstico equivoca-se no que diz respeito à sua proposta primordial, em que o suporte especializado é para a equipe multiprofissional numa perspectiva de intervenção integral ao usuário com demanda

em saúde mental, e não ao suporte de médico para médico, com fins ao diagnóstico e medicação, unicamente.

O Ministério da Saúde no Brasil preconiza que o apoio matricial em saúde mental constitui um arranjo organizacional que oferece suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, no caso, para as equipes da ESF. O compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos (discussões, intervenções junto às famílias e comunidades e/ou em atendimentos conjuntos) (BRASIL, 2004b).

O AM favorece a construção de um projeto terapêutico singularizado para os usuários, rompendo com a velha lógica burocrática do encaminhamento através de referência e contrarreferência que, na maioria das vezes, costuma ser uma ferramenta de desresponsabilização dos profissionais em relação aos usuários. Existe a construção de um projeto terapêutico amplo, em que não apenas a ER está envolvida no caso, mas articula outros atores para efetivar o cuidado de maneira resolutive (CAMPOS, 1999).

Outro ponto relevante, narrado pelos profissionais da ESF, foi quanto à efetivação do AM no cotidiano do serviço que é significado de forma divergente, de acordo com o CSF em que é realizado. Em um deles, retratado no primeiro discurso, ele é percebido como algo que ainda está em processo de efetivação. Enquanto que, em outro fragmento de narrativa, um dos profissionais menciona que existe toda uma organização do serviço no CSF para a realização do AM. O matriciamento ainda é pouco compreendido pelos profissionais de saúde e, ao invés de buscarem práticas inovadoras e coletivas, continuam com práticas voltadas e centralizadas na doença e na medicalização social. Neste sentido, o processo de trabalho desses profissionais é desarticulado, individualizado, seguindo um modelo asilar e de baixa resolubilidade.

Na verdade, o apoio matricial é riquíssimo. Ele é muito rico se fosse seguido direitinho, se fosse colocado em prática o que a teoria realmente fala [...] Porque é difícil trazer esse paciente pra uma terapia de grupo, é difícil então [...] A facilidade é um desafio, realmente a gente tá trabalhando isso. [...] É como eu falei, a gente tá engatinhando, mas a gente tá tentando ficar em pé... Aí acontece o apoio, aí a gente desmarca,? Não faz atendimento nesse dia. E todos assim [...] enfermeiros e médicos participam às vezes quando tem algum [...] por motivo excepcional é que não participam [...] no

geral a gente tá sempre integrado medico e enfermeiro. Sempre na primeira quarta uma vez por mês. Só pela manhã.

Isso nos leva a refletir que a efetivação do matriciamento está relacionada à adesão e ao reconhecimento por parte da equipe de sua importância para a melhoria do serviço prestado aos usuários de saúde mental. Além do que, o cuidado longitudinal cabe a ER, então o usuário deve seguir com esse vínculo e acompanhamento com os profissionais da ESF.

O usuário não abandona os cuidados primários quando referenciado para níveis de maior complexidade de saúde, pois o usuário permanece sobre a responsabilidade de sua equipe de referência articuladora de seu projeto terapêutico no território, fazendo, portanto, com que se aplique o princípio da integralidade da assistência em saúde (TÓFOLI, 2007).

A narrativa aponta, ainda, que o matriciamento não é um desejo dos profissionais de saúde da ESF e da saúde mental especializada. O AM é uma lei, mas há um distanciamento entre o que diz a lei e a prática dos que trabalham na área. Percebe-se, na descrição da narrativa, que há um quantitativo de doze unidades, mas somente duas delas realizam efetivamente essa estratégia assistencial. E, nestas últimas, a diferença se faz por existir profissionais que desejam não se desesperançar, como explicitado no depoimento.

Desse modo, apreende-se que existe um paradoxo que envolve o desenvolvimento do matriciamento no município de Fortaleza. Por um lado, seu entendimento sobre a implantação do AM no município é percebido como algo imposto, que não é do desejo dos atores envolvidos, “[...] é uma lei que ela existe [...]”. Onde aquilo que é imposto e sua possibilidade de efetivação na prática se colocam como um grande desafio. Nesse processo, observa-se divergência na adesão de vários profissionais à proposta que é “lei”. Nesta perspectiva, nota-se por outro lado que aqueles que acreditam e aderem ao matriciamento mostram motivação suficiente para não se deixarem abater frente às adversidades que surgem em sua efetivação. No discurso, percebe-se como ruído que o profissional denota o AM como uma estratégia positiva, “é uma ilusão que a gente consegue colher”, ou seja, existe a percepção de um retorno do investimento.

O apoio ele existe, o apoio matricial ele não é um desejo, ele não é algo que a gente deseja aqui em Fortaleza, não é algo que se deseja na Regional IV, não é um desejo daqui do CAPS, é uma coisa [...] É uma lei que existe, mas entre a existência dessa lei e a prática, fazer isso está funcionando assim, equilibrado, tem uma distância enorme [...] Enorme, é quase um abismo. [...] A gente já escutou “você estão na ilusão”, mas a gente vai... É uma ilusão que a gente consegue colher. Se você perguntar assim ‘Poxa, mas de doze postos, você está me dizendo que são dois só?’. Mas pra gente [...]. É como eu disse quando a gente está... Leva aquelas portadas na cara, quando a gente quer falar de apoio matricial, “não venha com isso não, que a gente não quer nem ouvir falar”. Aí a gente “poxa, mas tem dois ali que funcionam”, então vamos pensar [...]. Não vamos desesperançar.

Então, apesar das adversidades encontradas, existem aqueles profissionais que enfrentam os desafios apresentados, mesmo encontrando outros que manifestem ainda pensamentos arraigados em modelos de assistência verticalizados. Percebe-se que no cotidiano de trabalho se faz necessário promover espaços para o diálogo e, através dele, articular a construção do projeto terapêutico no coletivo de trabalhadores da saúde e também nos demais setores sociais, assumindo uma postura compreensiva frente às demandas em saúde mental.

Considerando ainda que para se efetivar um cuidado resolutivo no campo da saúde mental pautado na integralidade, a atenção básica tem papel determinante. Esta ideia é corroborada por Dimenstein et al (2009), quando relata que o apoio matricial em saúde mental emergiu a partir da constatação de que a Reforma Psiquiátrica não pode ir adiante com seus propósitos inovadores, se a atenção básica não for agregada ao processo. Não é o bastante empenhar-se somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de atenção.

Outros aspectos relevantes nos discursos relacionam-se a corresponsabilização que se efetiva nos projetos terapêuticos a partir do apoio matricial. Nesse sentido, a corresponsabilização passa por uma pactuação entre todos os atores envolvidos, entre eles, profissionais de saúde, usuários e familiares, em prol de possibilitar uma resposta efetiva à demanda de cuidado em saúde mental trazida pelo usuário.

A corresponsabilização se efetiva através da parceria entre os atores envolvidos no processo de cuidar em saúde para a melhoria da qualidade de vida do

usuário. Esta parceria acontece de forma multilateral e deve considerar as opiniões e as possibilidades dos profissionais e usuários na composição do PTS. O contexto em que esses atores estão inseridos não deve ser esquecido, pois cuidar não é só projetar, é projetar responsabilizando-se (AYRES, 2004).

A responsabilização deve ser mútua, ou seja, uma corresponsabilização entre todos os atores envolvidos no processo de cuidado em saúde mental. O usuário tem sua cota de responsabilidade com seu processo saúde-doença e deve ser incentivado por profissionais e familiares quanto a sua capacidade de enfrentamento de seus problemas, baseando-se nas suas condições sociais, econômicas, culturais e resgatando a sua cidadania, para a sua reinserção na sociedade.

A corresponsabilização na óptica dos profissionais da atenção básica perpassa por uma avaliação ampliada, ou seja, uma avaliação além da observação clínica geral, que considere aspectos subjetivos e sociais. Esse compromisso na identificação das demandas, a partir de um olhar para o sujeito, revela outros recursos terapêuticos, além da clínica tradicional, a exemplo da avaliação conjunta.

Alguns pacientes, [chegam por] demanda livre. Nesse caso, eu peço pra vim num outro momento, pra fazer uma avaliação mais completa, porque durante a consulta médica é impraticável fazer uma consulta digamos, psiquiátrica, entre aspas? Então eu peço pra vim num horário que não tem atendimento ou numa hora de visita, por exemplo, eu peço pra vim um pouco antes, aí eu faço uma avaliação e vejo se há necessidade de levar pro matriciamento ou se eu mesmo inicio o tratamento...

Observa-se, nesta narrativa, que a responsabilização significa um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta; o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, dentre outros. É ao redor deste ideário e acordos comuns que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas se reúnem e formam equipes multidisciplinares, que trabalham no cotidiano dos serviços de saúde mental e no campo da atenção psicossocial (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

No entanto, há situações narradas diferenciadas por parte dos depoentes quanto à corresponsabilização. Evidencia-se o compromisso do profissional em buscar mecanismos alternativos em prol de responder a demanda em horários que

possibilitem uma avaliação mais completa, devido à especificidade do cuidado em saúde mental. Observa-se, também, que em outro CSF, o profissional narra que a corresponsabilização se encontra comprometida, na medida em que não é cumprido nem mesmo o horário acordado com os usuários.

No dia do apoio matricial, o paciente chega às 14 horas, fica lá esperando. Geralmente, o profissional responsável pelo apoio matricial, que é o pessoal do CAPS, sempre chega atrasado. Então eles ficam nessa ansiedade lá [...] E vamos de um por um, [...] Então ele chega, vai contar toda a história dele, ele chora, [...] chega cheio de problemas, de questões e se depara com um monte de profissional, tudo olhando pra você, querendo saber, te sugar do teu problema... Então, assim, na maioria das vezes, a gente tem percebido que o paciente não se sente à vontade, principalmente quando [...] o médico dessa área não está, a enfermeira não está, estão só os outros profissionais que não têm essa aproximação.

O AM em saúde mental tem a peculiaridade de ser um espaço para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, que se encontram fragilizadas emocionalmente. Isso exige dos profissionais a responsabilidade de promover um espaço acolhedor. Remete-se à reflexão que essa responsabilização se encontra comprometida, quando o usuário fica à espera do início da consulta conjunta, uma vez que o matriciador, responsável pelo suporte especializado, não cumpre o horário acordado para o início do encontro.

O diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configura-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade (SANTOS *et al*, 2007).

No matriciamento, participam profissionais de várias categorias, uma vez que preconiza a interlocução de vários saberes e práticas. No entanto, nas narrativas dos profissionais da AB, a experiência do usuário ao se deparar com essa realidade é constrangedora, pois o usuário, ao ser atendido na consulta conjunta, entra em contato com duas equipes compostas por profissionais da atenção básica e do CAPS, equipe de referência e equipe matricial, respectivamente. Essa realidade, na

visão do profissional, fere o princípio da corresponsabilização, pois subjugando o usuário aos interesses e investigações das equipes, ou seja, o espaço é percebido como um embate, em que o usuário não está no lugar de um sujeito, mas enquanto objeto de estudo e análise.

A corresponsabilização revela-se na organização da equipe em avaliar os casos continuamente, ou seja, partindo do entendimento que a construção do PTS é um processo contínuo, que não se finaliza após a consulta conjunta e prosseguimento da terapêutica pelo usuário, há a necessidade de estar sempre retomando os casos já atendidos.

Outro modo de responsabilizar-se pelo cuidado do usuário que frequenta o serviço ESF é a visita domiciliar, em que o usuário não quer sair de casa, isolando-se. Essa visita domiciliar é realizada pelo médico e este, posteriormente, discute com a equipe os problemas escutados na visita, estipulando assim um contrato entre os profissionais do matriciamento. A estratégia utilizada pelos profissionais para continuidade do tratamento, da situação da visita e o retorno das decisões ocorre nas reuniões de discussão de casos com a equipe de AM.

Nós já tivemos casos, por exemplo, do paciente que ele não saía de casa, e aí o médico “não, a gente vai fazer uma visita lá, pra ver qual é o caso e a gente devolve pra vocês”, isso já fica estipulado. No mês seguinte, não sei se você prestou atenção, mas a gente retornou com os casos do mês passado. [...] E hoje, a primeira coisa foi o feedback daquela visita, onde foi a psicóloga do NASF, o médico do PSF e a assistente social. Sim, sempre tem reuniões, normalmente quando a gente tem o matriciamento mensal, no outro mês a gente tenta fazer um feedback do que teve no mês passado, “e aí, como é que está aquela paciente? está sendo acompanhada pela psicóloga? está tomando medicamento? Melhorou, como é que está?”. A gente, sempre nessas reuniões constantes, tenta retomar o que já foi feito e saber como é que está o andamento.

Observa-se, ainda, que a corresponsabilização acontece no momento da organização da equipe para avaliar o processo, o andamento dos casos atendidos no matriciamento. Isso é feito entre as variadas categorias profissionais envolvidas no cuidado em saúde mental. No entanto, o discurso demonstra ser algo corriqueiro, que já faz parte do processo da prática de cuidado.

As narrativas apontam para a necessidade de mais empenho dos profissionais que realizam essa estratégia para realização de visitas domiciliares, a

fim de despertar nas famílias o compromisso com o cuidado às pessoas com problemas mentais e o referido tratamento na rede assistencial.

Às vezes falta também a força de vontade da família, de querer ajudar, de querer levar [...] Tanto nós como profissionais ir mais às visitas, depois desse matriciamento, que eu acho isso muito importante. E até um vínculo que você forma com esse paciente, entendeu?

Na atenção domiciliar, os trabalhadores de saúde têm a possibilidade de construir vínculos sólidos e de qualidade com os usuários e familiares. Em relação a esses últimos, em inúmeros países em desenvolvimento, desempenham papel-chave na atenção dos mentalmente enfermos e são, em muitos aspectos, os provedores primários de atenção. Com o gradual fechamento dos hospitais psiquiátricos em países com sistemas de atenção desenvolvidos, as responsabilidades também estão sendo transferidas para as famílias. Estas podem ter um impacto positivo ou negativo conforme sua compreensão, conhecimento, aptidões e capacidade de dar atenção às pessoas afetadas por transtornos mentais (OPAS, 2001).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), segundo os profissionais entrevistados, revelam que existe dificuldade quanto à participação das famílias. Estes trabalhadores de saúde trazem a percepção desta realidade do território como reflexo de uma maior compreensão e sensibilidade quanto à demanda de saúde mental e assim referenciam os casos encontrados para a equipe da ESF.

Mas é difícil a participação deles (ACS). Mas a gente percebe que eles estão mais atentos, sabe? Porque assim, o entendimento da saúde mental para o agente de saúde está melhor, atualmente, sabe? Eles estão percebendo mais, estão mais atentos, estão levando mais os casos pras equipes. Está melhor isso aí também.

No que concerne à atuação dos ACS, concorda-se que estes exercem papel importante no contexto da interface entre os Centros de Saúde da Família (CSF) e a comunidade, contribuindo de maneira relevante para a construção e fortalecimento da rede assistencial.

Os estudos de Sousa (2001) demonstram que o ACS, enquanto membro da própria comunidade, conhece as necessidades do território e possui vínculo com a

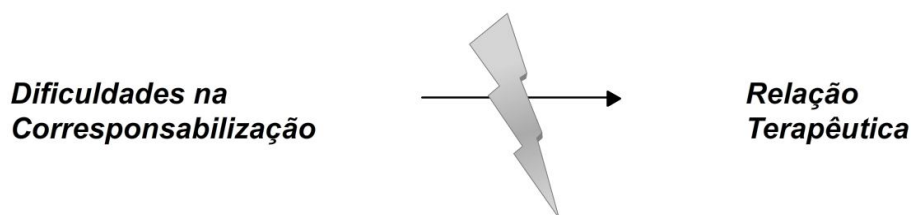


população. O ACS tem uma missão social bem clara, visto ser ele uma pessoa com identificação com a sua própria comunidade, possuindo os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária com vistas à melhoria das condições de vida e de saúde da comunidade apoiada pela ação governamental.

É de suma importância que os ACS se apropriem de princípios e ferramentas de cuidado consoantes à Reforma Psiquiátrica, o que os coloca como importantes atores no processo de reorientação da atenção à saúde mental. Estes têm papel estratégico no processo de reorientação do modelo de atenção, ao mesmo tempo em que indicam a sua capacidade para contribuir na manutenção de vínculos contínuos e efetivos com a população de seu território. Dessa maneira, os saberes e práticas dos ACS atuam como campo de síntese entre o saber científico e o saber popular, possibilitando a integralidade do cuidado (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

O acolhimento é proposto então como elemento para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a corresponsabilização clínica e sanitária por meio de uma intervenção resolutiva. Neste entender, é impossível a produção da responsabilização sem o efetivo ato acolhedor e vinculado (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006).

A relação terapêutica que se procura obter na dinâmica do matriciamento, nesses encontros, é uma relação de compromisso que tem como base a responsabilização e a confiança na intervenção, como uma possível solução para os problemas de quem solicita o atendimento em determinado serviço de saúde (SANTOS *et al*, 2007).



**Figura 8** – Relação corresponsabilidade e vínculo terapêutico.

Com base nas observações do campo empírico e corroborado pelos discursos dos participantes, o compromisso por parte dos profissionais se apresenta comprometido. Fato percebido no atraso por parte dos profissionais e na irregularidade das reuniões mensais do matriciamento. Em um dos dois CSF, cenário da pesquisa, não houve reunião do matriciamento na época da coleta dos dados. Em um dos depoimentos, foi denunciado que, em sete meses, somente três reuniões do matriciamento haviam se realizado.

Quanto à organização das equipes para avaliar o processo de cuidado em saúde mental dos usuários, o andamento dos casos atendidos no matriciamento é feito entre as variadas categorias profissionais envolvidas. A partir das narrativas, demonstra-se que a avaliação das intervenções e do quadro dos usuários atendidos no AM é corriqueira, que já faz parte da prática de cuidado cotidiano. A corresponsabilização deve ser promotora da autonomia não só do usuário, mas das equipes da ESF que recebem o suporte especializado.

Pois é, porque acontece o seguinte, a gente pensa no apoio matricial... Como a gente tem uma nova reunião, eles trazem de novo para o apoio matricial, quando não está funcionando o projeto terapêutico com aquele paciente, eles trazem de novo para o apoio matricial para gente rever, eles ainda não estão tendo autonomia pra pensar isso só no posto, eles estão realmente voltando o caso para o apoio matricial, aí a gente revê, repensa com eles, junto com eles.

Percebe-se ainda, na narrativa do entrevistado, uma postura assistencialista aos usuários de saúde mental. Uma postura que infantiliza e que não promove uma atitude corresponsável e autônoma por parte do usuário com seu próprio processo saúde-doença.

Às vezes também a questão desses... Essa vontade que a pessoa não tem de ir, “ah, mas eu não tenho vontade de ir”. E se esse profissional acompanhasse também uma visita domiciliar na casa dele, que eu acho isso importante. Nós fizemos o matriciamento hoje, daqui a um mês vamos visitar essa família, concorda comigo? Daqui a dois meses vamos investigar se ele ainda está tomando os remédios, se ele foi para o encaminhamento.

A narrativa nos leva a refletir sobre a não adesão dos usuários ao serviço e às ações/ atividades terapêuticas propostas. Como apresentado na construção do PTS durante o AM em que o usuário se ausenta, evidencia-se que à medida que não é promovida a sua participação ativa na construção de sua terapêutica, o usuário

tende a não se implicar de forma corresponsável com seu processo saúde-doença. É importante promover a capacidade de contratualidade e autonomia do usuário.

Santos e Assis (2006) discorrem que o “coeficiente de autonomia” pode ser ampliado na busca por suprir suas necessidades de saúde e, também, que todos os dispositivos da prática integral do cuidado confluem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas, enfim, para a resolubilidade das demandas sentidas e apresentadas.

Prosseguindo a análise, constata-se que a autonomia é explicitada nas narrativas à medida que eles expressam sua subjetividade, revelando clareza da demanda, e então se solicita que o usuário se ausente naquele momento do atendimento no consultório da unidade ESF e, a partir daí, discute-se o plano terapêutico. Após esse momento da discussão em equipe, é solicitada a entrada do mesmo, com a finalidade de repassar as decisões tomadas pela equipe, denotando assim um cuidado em que não existe uma relação horizontal e de lateralidade, e sim verticalizada, em que não se percebe a implicação entre profissionais e usuários.

Então entra o paciente e a gente vai fazendo perguntas pra ir tendo mais clareza do quadro, do que se passa com ele. Depois de fazer todas essas perguntas, já ter uma clareza da demanda, aí pedimos para o paciente sair da sala pra nós profissionais pensarmos o plano terapêutico dele. [...] E aí a gente decide o que é que acha que é melhor pra ele, *pro* paciente, depois disso a gente pede pra ele entrar e fala que a gente viu o caso dele e tudo. Se for um paciente que tem um discernimento... Que tem alguns casos que a pessoa praticamente não tem como... não tem domínio sobre sua situação. Mas dependendo do nível de discernimento do paciente ele participa sim, ativamente... Participa (o usuário), porque a gente só sugere pra equipe o projeto terapêutico, porque a gente acha interessante pra ele [...] aí ele vai dizer também se ele vai acatar esse projeto terapêutico, se ele acha adequado pra ele também, porque o ideal é que ele também arque com isso, arque com esse projeto terapêutico, se ele não arcar, ele não vai... A gente não vai ver melhora. Assim, ele (usuário) não vai participar do momento da discussão, mas quando ele volta, a gente explica para ele, o que é que a gente está ofertando, a gente não vai impor, a gente vai explicar e se ele quiser aceitar, quiser aderir ao tratamento, também fica a critério do paciente, a gente não vai forçar ele fazer uma terapia se ele não quer fazer.

Nas observações realizadas no serviço, em especial nos encontros do matriciamento, ficou evidenciada a dinâmica relatada na narrativa. No momento de

se discutir o caso e traçar caminhos terapêuticos resolutivos à demanda trazida pelo usuário, a equipe pede para este se ausentar. Leva-se a refletir que a motivação seja debater o caso, sem gerar constrangimentos de ambas as partes com a presença do usuário. Porém, perde-se a possibilidade de promover o diálogo e estreitar o vínculo entre profissionais e o usuário. Além disso, impede que o usuário se implique no processo, sinta-se corresponsável nas decisões sobre seu próprio projeto terapêutico. Neste momento, os profissionais poderiam promover a autonomia do usuário e seu exercício da contratualidade.

As relações de troca constituem-se em elo demarcador do processo de reabilitação, dando sequência aos vários níveis de contratualidade, quer sejam afetivos, materiais ou simbólicos. Na medida em que a pessoa aumenta o seu poder de efetuar trocas, cresce proporcionalmente o seu poder contratual, podendo estender-se à autonomia como condição adquirida pelo usuário através de sua participação no próprio processo reabilitador (PEREIRA, 2007).

O referencial transversal para a integralidade implica o reconhecimento da autonomia e da singularidade dos múltiplos polos da relação. O espaço público proporciona o encontro do profissional/ serviço com seu outro, usuário/ comunidade e, nesses encontros, re-significam e consolidam as práticas, ensejam a qualidade do outro ou favorecem a inovação das instituições (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

A atuação da equipe de profissionais de saúde deve permitir a possibilidade do ganho de autonomia do usuário na escolha pelo modo de andar na vida. Contraditoriamente, a produção da saúde pode inverter este caminho, favorecendo um modelo voltado para o procedimento, que termina a ação de saúde ao final de um ato isolado decorrente da solução de um problema orgânico (MERHY, 2002).

Há sentido na posição de Barros (2009) quando ressalta que se torna primordial que os trabalhadores da saúde valorizem as falas, as experiências dos usuários e familiares e, a partir disso, estimulá-los a desempenhar um papel ativo, rompendo com a postura de paciente e assumindo uma conduta fundamentada no protagonismo, ou seja, usuários e familiares devem ser incentivados a adotar uma postura mais ativa nos seus contatos interpessoais e na condução da sua própria vida.

O desenvolvimento da autonomia dos portadores de transtornos mentais se dá com a construção do projeto terapêutico que busca trabalhar as necessidades e as possibilidades desses usuários.

Ressalta-se a importância de aumentar a autonomia dos usuários, ou seja, ampliar a capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde-doença, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (CAMPOS; AMARAL; 2007). Para atingir essa meta, o tratamento deve ser norteado para trabalhos voltados para as incapacidades, para as necessidades do paciente, tendo em vista o desenvolvimento de condições cada vez melhores e que lhes permita gerenciar sua vida e aumentar sua possibilidade de fazer escolhas (JORGE *et al*, 2006).

A resolubilidade é definida como a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 2007a).

O retorno para avaliação do processo e da resolubilidade das ações planejadas conjuntamente ainda é falho. Há uma quebra na comunicação e neste acompanhamento. Porém, os casos acompanhados pelo matriciamento, em que se faz possível a retomada, a avaliação feita por parte dos profissionais é positiva, sinalizando que as intervenções no geral têm se mostrado resolutivas.

Alguns pacientes... a gente não tem um retorno, ainda está um pouco falha essa questão dos retornos do paciente, mas alguns realmente voltam para a gente saber como está a situação, mas outros não voltam. Pelo menos assim da experiência do que a gente atendeu da minha equipe pelo menos eles estão bem. Eles estão mais é... eles estão mais realmente satisfeitos, né? Eles já... se sentem melhor depois que a gente fez esse... depois que eles passam pelo grupo e depois que ele passa por esse processo terapêutico e das indicações desses cuidados que a gente faz... Não são todos que a gente tem uma resposta, um resultado assim, visível, mas alguns pacientes que vieram pro matriciamento, hoje se encontram com sua qualidade de vida muito boa, assim, bem, psicologicamente falando, são pessoas que... Teve paciente nosso aqui, com depressão muito grave mesmo, que a gente não estava conseguindo e aí com o apoio matricial, com as terapias... Hoje a pessoa se encontra super bem.

O objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente. Esta ampliação se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura, na oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida ou sobrevivência. A aplicação desta diretriz revalorizaria a prática clínica, assim como estimularia o combate à medicalização (CAMPOS, 1994).

Apreende-se que os casos que passaram pelo AM não são acompanhados pelos profissionais de saúde da ESF e, assim, se afastam, não deixando qualquer indício como está sua saúde, havendo, portanto, uma quebra da comunicação. Acredita-se que os referidos usuários estão sendo acompanhados pelos CAPS, e são percebidos com uma grande melhora de sua saúde mental.

Eu não vou dizer que todos os pacientes que passaram pelo matriciamento, eu sei como é que eles estão hoje, não sei. Às vezes eu até comentava com o CAPS, com os profissionais do CAPS, que tinha assim, uma falha nisso [...] Quebra (a comunicação), mas geralmente esses pacientes de matriciamento vão pro CAPS, faz o que tem que ser feito lá, mas continuam sendo acompanhados pela equipe de saúde da família aqui, [...] mas uma parte que a gente percebe que dá pra perceber, a gente vê que tiveram uma melhora muito grande na vida deles.

Os médicos da ESF não se sentem preparados para o tratamento de usuários do campo da saúde mental, pois sempre relatam não ser da especialidade, não podendo medicá-lo com o tratamento do campo da saúde mental, e sim prescrever medicamentos para cefaléia e dor corporal. Essa narrativa leva a pensar que os médicos da ESF não estão preparados para o tratamento no campo da saúde mental, faltam-lhes experiência e conhecimentos. Os mesmos deveriam se aprimorar e se capacitar para atuarem na proposta da Reforma Psiquiátrica, promovendo a inclusão de ações de saúde mental na ESF.

Aí eu falando tudo isso (sintomas) pra ele (médico ESF), aí ele falou que isso daí não era a especialidade dele não, que eu tinha que... Ele não podia me medicar, só podia me dar um remédio pra poder acalmar as dores que eu estava sentindo no corpo, as dores de cabeça que eu sentia nesse momento, né? Que me dava essa dor de cabeça.

Com base na narrativa do depoente, evidencia-se a importância de se exercer o cuidado integral, de perceber aquele que sofre na sua dimensão global humana e em todo o seu contexto. A equipe cuidadora e o serviço precisam estar prontos para

acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento, sem compartimentalizá-lo por especificidades de demanda (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Ainda referente à narrativa que relata quanto à medicação, é de suma importância que o usuário seja visto em sua demanda numa perspectiva integral e que não se limite unicamente à intervenção medicamentosa, como destaca Tesser (2006). O término de uma consulta não pode se limitar a apenas uma receita, um pedido de exame ou simples encaminhamento, mas o início de um novo patamar de diálogo, focado na situação do indivíduo em sofrimento, suas condições psicossocioexistenciais e seus desafios terapêuticos, além das possibilidades de interpretação.

Quanto ao fluxo de atendimento, o ACS faz o encaminhamento e recebe o retorno das ações produzidas na unidade de atendimento pela equipe de AM, e esta repassa para o usuário. Por sua vez, quando este vem de um fluxo diretamente do CSF, a busca é individual para solicitar ajuda, perdendo assim de vista a continuidade do tratamento e o acompanhamento do usuário.

Quando é um paciente onde o agente de saúde é que encaminha, ele tem esse processo de *feedback*, ele tem esse retorno, nós temos esse retorno. Mas quando é um paciente, o qual a gente está aqui na unidade e ele chega pra gente diretamente à procura de ajuda, a gente perde de vista esse paciente.... Eu acho que tem tido uma grande contribuição, porque a gente tem se fortalecido nessa parceria. Não tem tido mais tantos retornos assim, a gente tem conseguido com que os pacientes tenham melhorado, a gente encontra os pacientes no próprio posto, vemos que eles têm melhorado, quando a gente vai pras reuniões de apoio, a gente tem encontrado os pacientes e tem visto uma melhora. E é isso, a gente tem notado, assim, pelo não retorno ao apoio matricial, desses casos.

Apreende-se na narração do profissional a dificuldade de prestar atenção aos que são atendidos na ESF, narram que não existe tempo para traçar o projeto terapêutico para prestar o cuidado com qualidade. Os profissionais que atuam na ESF dizem estar muito ocupados com atividades cotidianas de vários programas, não possibilitando uma assistência permanente dos casos atendidos no AM. O matriciamento possibilita encaminhar para um acompanhamento terapêutico em psicoterapias, se vão ser indicados para o CAPS, ou se terão acompanhamento médico específico, facilitando uma recuperação e retorno à sua família e à sociedade.

Então, se a gente colocasse isso, traçasse esse projeto, esse plano, colocasse no papel tudo direitinho [...] a gente conseguiria ir adiante, mas não existe isso. Então, seria bem positivo, se realmente nós tivéssemos tempo pra isso. Como eu falei, o médico tem atendimento, a enfermeira tem um monte de programa para estar realizando... Então, não tem realmente essa continuidade... Ele não vai lá (matriciamento) só pra se consultar e levar pra casa um remédio, não. Ele vai lá pra ter realmente um acompanhamento terapêutico, se ele vai ser encaminhado para o psicólogo, se ele vai para o CAPS, se ele vai ter um acompanhamento específico de algum médico, então acho que o trabalho se torna mais... Tem um resultado melhor, porque já sai com tudo programado...

Pode-se inferir que a ESF é uma importante aliada na resolubilidade da atenção às pessoas com transtornos mentais, pois se observa que grande parte dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possuem, *a priori*, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Dessa forma, pacientes com transtornos mentais podem ser tratados e acompanhados nas unidades básicas de saúde, a partir da orientação adequada (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

A própria equipe da ESF pode pensar estratégias de intervenções na unidade, ou em parceria com equipamentos da comunidade de seu território adscrito. Em especial, construir projetos terapêuticos que contemplem intervenções grupais pautadas na singularidade da clientela no campo da saúde mental. Na construção destas ações, podem contar com o suporte e supervisão da equipe de profissionais matriciadores do CAPS.

Aponta-se, ainda, que os usuários do campo da saúde mental que participam do processo de AM são pessoas que estão procurando resolubilidade de seu problema e trazem em sua mente que precisam ser ajudadas. Procuram o CAPS para seu tratamento, são encaminhados para terapia individual para serem acompanhados e assumem sua responsabilidade com o autocuidado.

Os pacientes que vão pro matriciamento são pessoas que já estão procurando a solução para o problema, eles já têm na cabeça que eles precisam ser ajudados, que eles precisam ser medicados. Então, o resultado que a gente tem normalmente é positivo, das pessoas estarem tomando a medicação direitinho, de elas estarem indo de encontro ao CAPS, pra fazer o tratamento, de elas estarem indo pra psicóloga, sendo acompanhados. Então, o resultado que a gente tem é bastante positivo.



A narrativa remete à reflexão que para o entrevistado encaminhar o usuário para uma diversidade de categorias profissionais é sinônimo de intervenção resolutiva. Quando na realidade, como afirma Mattos (2005), a integralidade das práticas dos profissionais de saúde envolve o esforço de compreensão do sofrimento causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, assim como a compreensão do significado das propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias neste mesmo contexto. A conduta não deve decorrer dos protocolos, nem da unilateralidade e, sim, dos diálogos entre o técnico e a compreensão da singularidade ou coletividade.

A integralidade começa no processo de trabalho em saúde, em que às ações multiprofissionais adicionam-se os elementos de vínculo e responsabilização. Daí provém um cuidado a partir da interação de diversos saberes e práticas envolvidas no ato produtivo (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Outro aspecto levantado nas narrativas se refere à questão do fluxo na rede assistencial. Devido ao número insuficiente de profissional psicólogo para o atendimento de escuta qualificada, realiza-se o encaminhamento para o Núcleo de Atendimento Médico Integrado – NAMI, vinculado à Universidade de Fortaleza, que também se encontra corriqueiramente saturado, tornando uma problemática para o usuário do campo da saúde mental, quando este necessita de cuidado devido a sua condição de saúde de urgência na atenção. Como fica a resolubilidade do cuidado a este usuário? Percebem-se dificuldades no arranjo de dispositivos de atenção na rede assistencial, tornando crucial para a resolução dos problemas de ordem psicossocial.

A resolubilidade almejada na atuação de cada trabalhador de saúde no processo de cuidado poderá ser resultado do acolhimento e do vínculo estabelecido na relação usuário – profissional de saúde, inserido numa lógica ou modelo assistencial que priorize também as relações de cuidado, desencadeando a humanização das ações de saúde (CAMPOS, 2003).

No entanto, quando o atendimento é no AM, mesmo não tendo disponibilidade de atendimento na rede, busca-se a rede informal para realizar o atendimento de urgência, e assim encaminha-se.

O que eu acho que deveria melhorar é a questão dos encaminhamentos, porque às vezes num posto de saúde, por

exemplo, só tem uma psicóloga, aí a psicóloga está saturada, e daí ela precisa encaminhar pro NAMI, mas o NAMI também está lotado. [...] E o paciente psiquiátrico, quando é um problema já muito sério, ele não pode esperar. [...] Mas no próprio matriciamento, quando a gente identifica que aquele paciente precisa de certa urgência, aí a gente já tenta encaixar ele de alguma forma...É como se a gente fosse abrir alguns caminhos, pra equipe médica, pra equipe do posto e para o próprio paciente. Olha, você tem essas possibilidades. O que a gente sente é que a grande maioria dos pacientes continua com aquela equipe lá do posto e num processo de evolução [...] Tem paciente que está na psicoterapia lá no SPA, e que vai, continua indo pra médica e que diz “olha, estou gostando, estou melhorando, já estou conseguindo me relacionar melhor, tenho conseguido”.

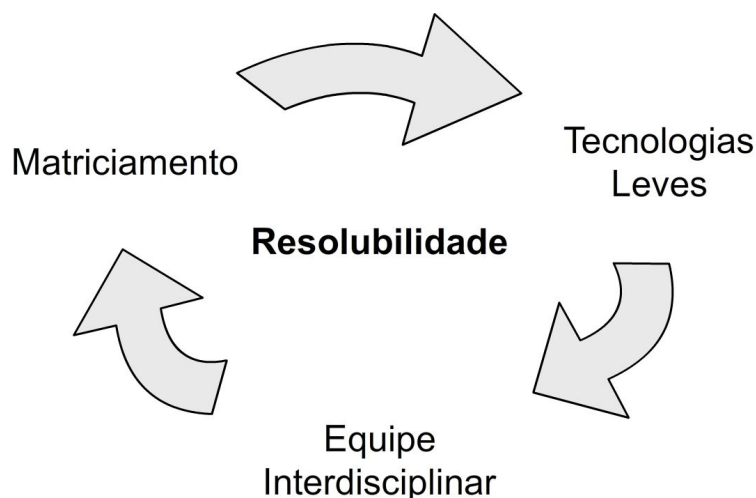
Faz-se necessário avaliar a qualidade do atendimento ofertado, identificar quais são as práticas de saúde produzidas, ou seja, quais estratégias podem ser efetivadas pelos serviços de atenção primária para que essa demanda em saúde mental encontre resolubilidade na própria unidade de saúde e, quando não, que seja possível recorrer aos serviços da rede de saúde mental. Nesse sentido, afirma-se: o matriciamento se configura enquanto suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde com vistas a ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, contribuindo para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (FIGUEIREDO; ONOCKO- CAMPOS, 2009).

A possibilidade de tratamento em CAPS varia de acordo com a situação do usuário de saúde mental. O tratamento individual com o psicólogo é narrado como satisfatório e promove melhoria na saúde, pois é relatado que, ao iniciar tratamento no CAPS, o paciente não falava, isolava-se, conforme explicita a narrativa.

Quando eu cheguei lá (CAPS), aí eu fui atendida lá por uma moça que faz o cadastro. Aí ela me apresentou a psicóloga, aí eu fiquei com ela durante dois anos. Eu tive muita melhora assim, porque quando eu cheguei lá eu não falava com ninguém, eu mal falava, tinha pessoas que até pensava que eu nem falava, porque eu não me soltava, eu não conseguia.

A resolubilidade é definida como a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 2007b). Foi o que ficou evidenciado no depoimento do entrevistado. O serviço respondeu de forma resolutiva a necessidade

de saúde demandada pelo usuário e promoveu o encorajamento do mesmo para, junto ao profissional de saúde, superar suas dificuldades no âmbito do relacionamento interpessoal.



**Figura 9** – A resolubilidade como produto das tecnologias do cuidado.

Nesta perspectiva, Mehry (1999) coloca que a resolubilidade das ações de saúde deve necessariamente se traduzir em ações efetivas e que satisfaçam os usuários coletivamente, com a garantia de procedimentos eficazes diante do conjunto de problemas de saúde identificados.

## **Subtema 2 - Fluxos para o matriciamento na ESF e na rede assistencial**

A integralidade da atenção deve ser garantida a partir da operacionalização de transformações efetivas em toda a produção do cuidado. Estas mudanças na assistência devem percorrer todo o trajeto da rede, desde a atenção básica, secundária, atenção à urgência e até mesmo a atenção hospitalar (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2006).

Os fluxos para o matriciamento ocorrem de múltiplas maneiras, entre elas: profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde e familiares que buscam espontaneamente atendimento na ESF e, então, é realizada uma avaliação dos

casos com o médico de família, em horário adequado, que possibilite maior tempo para investigação da queixa do usuário.

Essa demanda chega a surgir de outros profissionais, por exemplo, agentes de saúde ou enfermeiro que identificam e te procuram (médico). De vários profissionais, inclusive dos agentes de saúde. Família também, família que vem aqui me perguntando se tem como encaminhar pro CAPS. E toda vez que vem alguém da família ou profissional, eu faço essa avaliação num horário fora do expediente normal de trabalho.

Quando há dúvida no tratamento por parte do médico da ESF e o mesmo avalia que o caso exige uma avaliação mais especializada, faz-se o fluxo para o AM com a finalidade de estudar o caso com mais rigor e a pertinência sobre o cuidado que deve ser prestado pela equipe. Ocorrem o diálogo e a escuta qualificada com o usuário a fim de coletar sua história pregressa e descrevê-la no momento do matriciamento.

Bem... Quando há dúvida sobre o tratamento, quando é uma coisa que exija uma avaliação mais especializada a gente leva pro matriciamento. Alguns já vêm do CAPS, aí nesse caso a gente já encaminha direto pro matriciamento, não sem antes conversar com eles nesse momento separado [...] pra poder colher a história e levar lá pro matriciamento.

Tudo isso, segundo Merhy (2002), caracteriza o trabalho vivo em ato na saúde. E de forma especial, a produção de vínculo que surge mediante o encontro de dois sujeitos que experienciam confiança e esperança, em que se processa a interação dos sujeitos quando o cuidado é realizado. O vínculo se inicia quando há um que necessita da ajuda, e outro que se dispõe a ajudar.

O depoente afirma que, geralmente, esses fluxos são realizados pelo CAPS e tendo sido avaliado como não sendo perfil para ser acompanhado no referido serviço especializado são encaminhados para a atenção básica. Porém, na ESF a intervenção se resume à terapia medicamentosa, esse é o tipo de conduta feita.

Geralmente, ou eles vêm já encaminhados do CAPS, como eu te falei, porque procuraram o CAPS e lá foi avaliado que não tinha perfil de CAPS, precisava só de um acompanhamento medicamentoso, que é o que se faz aqui na unidade [...]. Ou então eles vêm por demanda espontânea [...] Se o médico achar que aqui, só com aquela terapia medicamentosa resolve, ele fica. Se ele achar que tem um perfil mais elevado em nível de CAPS, ele encaminha pro CAPS.

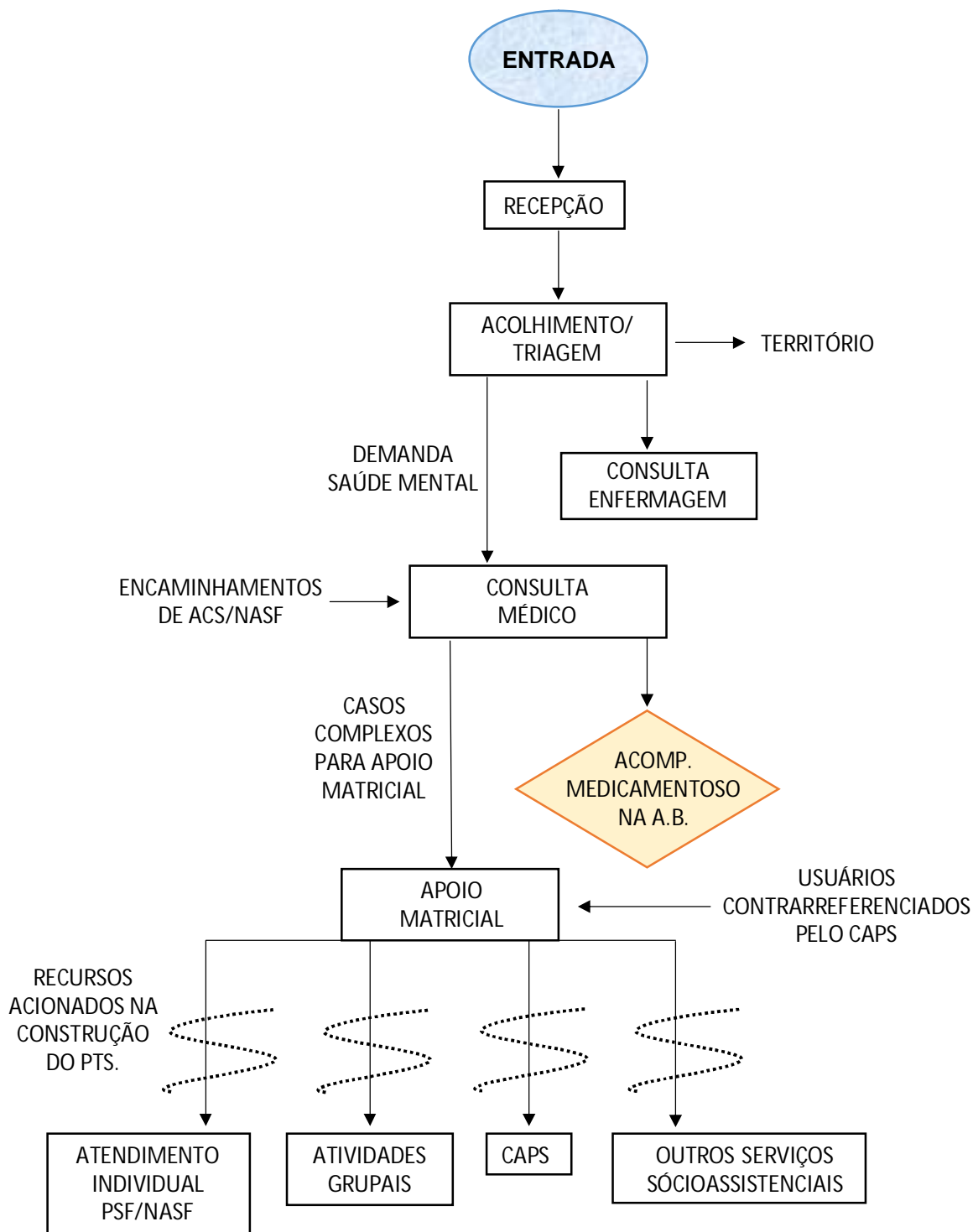
Com base nas observações no campo empírico e na narrativa do entrevistado, pode-se inferir que o cuidado na ESF ainda está muito pautado na medicalização ou encaminhamento para o serviço especializado. Com isso, fica evidenciado que um dos objetivos do matriciamento ainda não se fez efetivo. No caso, que o apoio matricial supervisione ações e atividades realizadas pela equipe da atenção básica a fim de responder de forma resolutiva as demandas no campo da saúde mental no território. Um exemplo disso seria a criação de um grupo terapêutico no CSF, ou mesmo em um equipamento da própria comunidade que promovesse um espaço de escuta e suporte emocional aos usuários com sofrimento psíquico.

Para Amarante (2007), estar no SUS representa uma possibilidade para a inversão do modelo centrado na doença e que teria seu poder resolutivo fundamentado na capacidade de descartar parcialmente os encaminhamentos para os níveis mais complexos de atenção e reduzir à excessiva “medicalização” das ações de saúde.

O depoimento dos profissionais indica que o fluxo dos casos também parte da identificação dos agentes comunitários de saúde. Os ACS são participantes ativos na captura de problemas de saúde da comunidade, quando apreende a demanda de saúde mental, trazem às enfermeiras da ESF e estas encaminham primeiramente para consulta médica. O médico avalia a necessidade de intervenção medicamentosa e, se for o caso, realiza o fluxo para o apoio matricial.

No geral, quem identifica esses casos são os agentes comunitários de saúde. Eles estão na área, então percebem alguma demanda de saúde mental e daí traz pra mim e a partir de então passa por uma avaliação com o médico. Aí o médico avalia, vê a necessidade de intervenção medicamentosa e se ele achar que é necessário, se tiver alguma dúvida que precise encaminhar para o matriciamento.

O ACS pela própria dinâmica de trabalho, que essencialmente é realizado através de visitas domiciliares no território adscrito ao CSF, comunidade onde ele próprio habita, torna-o um catalisador em potencial do processo saúde-doença na comunidade, como também um informante da história de vida do usuário e de sua dinâmica familiar. A visita na residência das pessoas favorece a identificação dos casos de demanda em saúde de modo geral e, em especial, dos casos de sofrimento psíquico. Visto que, muitas vezes, estes usuários apresentam resistência em buscar o serviço de saúde.



**Figura 10** – Fluxograma analisador: Fluxo para o apoio matricial e rede assistencial.

O modo de identificação dos casos que demandam cuidado no campo da saúde mental é diversificado. Alguns deles na consulta médica, outros na consulta de enfermagem, através dos ACS, como também dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O paciente chega até a gente de várias formas. Às vezes, o agente de saúde identifica na área esse paciente. Às vezes, na consulta médica, na consulta da enfermeira, até uma consulta mesmo nossa, do NASF, que é encaminhado pelo médico ou pelo enfermeiro da equipe.

Apreende-se nas narrativas que alguns casos que eram identificados e encaminhados ao CAPS pela equipe de saúde da família, ao chegar ao serviço, passavam por uma avaliação específica a fim de compreender a demanda, e eram identificados que alguns casos não estavam no perfil de atendimento do referido serviço especializado. Desse modo, os profissionais responsáveis pela avaliação encaminhavam de volta para a atenção primária à saúde (APS), especificamente para o apoio matricial.

Alguns casos que se encaminhava antes pro CAPS, o CAPS fazia triagem, via que não era paciente de atendimento em CAPS e encaminhava pro apoio matricial aqui, que também está acontecendo muito, por alguma dúvida ou do enfermeiro ou do médico. Questão de medicação, eles encaminhavam o paciente ao CAPS. Cessando essa questão da dúvida, via que não era paciente de CAPS e eles encaminhavam de novo pro apoio matricial aqui, na unidade de saúde.

De acordo com as observações de campo, em especial nos encontros do apoio matricial, ficou evidenciada essa comunicação entre profissionais matriciadores e profissionais da ESF sobre as demandas em saúde mental e seu fluxo na rede assistencial. Observou-se que à medida que os encontros do matriciamento se realizavam e eram promovidos o debate e discussão dos casos, o fluxo de encaminhamentos para o CAPS passou a ser qualificado e dentro do perfil de atendimento do serviço.

Quando se fala no fluxo de encaminhamentos, não se pode perder de vista o dispositivo acolhimento. Este funciona como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas

adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS et al, 2007).

Porém, no CSF em que o matriciamento apresenta dificuldades de efetivação, a narrativa dos profissionais da ESF é outra. Consideram o fluxo dos usuários do campo da saúde mental conturbado, confuso, por não ter um profissional específico como responsável em recebê-lo. Quando estes estavam sendo acompanhados e atendidos na ESF e surgia a necessidade de medicação psicotrópica, eles faziam o fluxo para o atendimento no CAPS.

Esses usuários, ao chegarem à ESF, são atendidos geralmente pela assistente social, terapeuta ocupacional ou, ainda, por outro profissional do NASF, dependendo da unidade de saúde. Ao serem recebidos na ESF, eles primeiramente passam pelo acolhimento, caso necessário, é agendada uma consulta com o médico e este faz a sua avaliação do caso, para então realizar o fluxo do atendimento para o CAPS, para AM, ou se o próprio médico dará continuidade ao tratamento na ESF.

Na verdade, o fluxo desses pacientes é meio que conturbado, porque não tem uma pessoa específica pra fazer esse acolhimento. Então, assim, se a gente se depara, cada profissional tem aquela responsabilidade, se caso eu atender esse paciente, eu tenho essa responsabilidade, de estar dividindo, de marcar esse apoio matricial. Bom, essa paciente passa por uma equipe, geralmente essa equipe ou é a assistente social ou é a terapeuta ocupacional, às vezes qualquer profissional do NASF e também acho que depende muito do posto. Eu acho que aqui a gente tem as enfermeiras também, que elas encaminham esse paciente pro matriciamento. Primeiramente, eles (usuários) passam pelo acolhimento, a gente agenda para a médica e a médica faz a avaliação, na realidade. Para fazer o encaminhamento para o CAPS, ou então para o apoio matricial, então depende da avaliação mesmo. O medico é quem na realidade avalia se o caso é de CAPS ou de apoio matricial aqui no posto ou, se com ele mesmo, se pode atender.

O fluxo na rede assistencial depende da necessidade do caso, se necessitar somente de medicação poderá ser atendido e acompanhado na ESF e, se necessitar de terapia, seu encaminhamento será para o CAPS nos dias em que tiverem terapia ocupacional e terapia de grupo.

Se precisar só da medicação, ele continua sendo acompanhado aqui no posto, na unidade de saúde. Se precisar de alguma terapia, a gente encaminha pro CAPS, os dias que tem terapia ocupacional, terapia de grupo, a gente encaminha pro CAPS.



Aprende-se nas narrativas que os profissionais de nível superior que trabalham na ESF pesquisada referem ter capacidade para realizar a avaliação dos casos dos usuários no campo da saúde mental, chegando ao serviço de forma espontânea, sendo essa triagem realizada nas unidades de saúde, e o fluxo é realizado pelas equipes de saúde da família.

Todos os profissionais do serviço (CAPS), de nível superior, têm capacidade pra estar avaliando esses pacientes. E aí eles vêm através de encaminhamento ou não, vêm também por demanda espontânea. E eles são avaliados através de um mecanismo de instrumento de avaliação [...] Mas a avaliação, essa triagem, ela é feita basicamente pelos postos. Os postos da Regional IV estão fazendo essa avaliação [...] a maioria deles (usuários) já está vindo com encaminhamento das equipes de saúde da família. Geralmente, o agente de saúde encaminha esse paciente para o posto e esse paciente às vezes está com uma depressão, às vezes não é tratado, ou então é um caso que é ignorado pela família, ou levam pra outros lugares e não tem um atendimento, aí fica um empurrando pro outro, empurrando pro outro.

O relato denuncia a não responsabilização com a demanda dos usuários do campo da saúde mental que buscam a ESF. Estes profissionais não promovem espaços de cuidado na própria unidade, como grupos terapêuticos, por exemplo. É necessário ampliar o cardápio de serviços de acordo com o que é demandado ao serviço de saúde.

O núcleo cuidador de todos os atos de saúde favorece a ampliação das condutas terapêuticas, a centralização no usuário, a relação entre os diversos núcleos profissionais, e o surgimento de um espaço intercessor, ou seja, nas relações do trabalho em equipe. Todo e qualquer profissional de saúde na medida em que produz atos de saúde, “vivos em ato”, é também um produtor de cuidado (MERHY, 2002).

Percebe-se ainda nas narrativas, que os fluxos para o CAPS são advindos da AB ou quando surgem egressos de internação psiquiátrica. São essas as duas portas de entrada no referido serviço e então é feita a avaliação do caso. Se for um usuário de risco, quando vem de internação psiquiátrica em virtude de ter tido uma crise, saindo da internação com medicação para um prazo pequeno, este usuário é acompanhado no CAPS para dar continuidade ao tratamento.

Hoje em dia, eles vêm com o encaminhamento da atenção básica. Ou atenção básica ou quando vêm egressos de internação psiquiátrica, são essas duas portas de entrada. E aí é marcado, se ele for egresso de uma internação, é o que a gente chama de paciente de risco, porque ele já esteve numa crise, para ele ter sido hospitalizado, ele já esteve numa crise. Ele sai de lá com uma medicação, uma medicação pra um prazo pequeno e que ele precisa estar dando continuação a esse tratamento, então é a avaliação de risco que a gente chama.

Para resolubilidade das necessidades de saúde do usuário, apreende-se que seu primeiro atendimento foi realizado no Hospital Geral. Após esse atendimento, a rede informal (amigo, primo) buscou através de amizades com profissionais do CAPS uma consulta e então foi acolhido e atendido durante um período em uma das Regionais. Devido a essas dificuldades, apresentou-se ansiosa em virtude da distância para o dispositivo de atenção. Sentia dor de cabeça e nesse momento veio à tona a descoberta de ser hipertensa, revelando agitação, agressividade, estabelecendo-se a primeira crise. Nesse ínterim, o fluxo de atendimento foi pela unidade de saúde Frotinha onde foi prescrito Diazepam, então as dificuldades foram surgindo, ficando assim na fila de espera para obtenção da resolubilidade na atenção psicossocial.

É, eu comecei no CAPS, mas aí... A minha primeira consulta eu fiz no Hospital Geral, mas aí o médico lá não... Aí esse meu primo é muito amigo de um psiquiatra, tinha estagiado lá no CAPS (Regional V). Aí ele conseguiu, pelas amizades, que nem podia ser, pra que eu fizesse uma consulta, aí eu passei um tempão indo pra lá. Na Regional V, porque aquele (da Regional IV) eu não conseguia. Aí fui várias vezes, muitas vezes. Aí comecei a ficar ansiosa porque era muito longe, e tinha dia que eu chegava muito... Eu não vinha nem pra casa, eu pegava um ônibus e ia pra Manoel Sátiro, chegava na casa da minha cunhada nove e meia da noite pra no outro dia tá aqui... Eu sentia sistema nervoso, certo? E uma crescida assim muito grande de dor de cabeça e descobri que eu era hipertensa, eu ficava agitada, ficava agressiva. Primeira crise que eu tive foi assim, aí eu comecei a tomar, passaram Diazepam, 100mg. Foi pelo médico do Frotinha. Fui pra emergência, aí ele me deu o encaminhamento pra ir ao médico, passar esse medicamento, apesar de que não deram injeção. Aí pediram que fosse pro médico, pro posto e pedisse o encaminhamento pra um psicólogo. Pediu, mas aí é tanto que eu nem consegui, porque demora muito no posto e eu fiquei na fila de espera, quando eu tava em crise, ele passou o medicamento e eu fiquei esperando esse tempo pra... Esse médico (psicólogo) e não consegui, acho que acabou saindo do sistema e eu não consegui.

As narrativas apontam que as mães de usuários de drogas veem o internamento dos filhos como único recurso capaz de trazer resposta efetiva frente ao uso problemático de drogas, mas os familiares não têm recursos financeiros para arcar com os custos, como a oferta de uma cesta básica para a instituição a qual almeja internar-se. O procedimento indicado pelo profissional nesse caso é de encaminhá-lo para o CAPS AD, a fim de que tenha resolubilidade, sem comprometer seu vínculo com familiares e com a comunidade.

Muitas vezes, elas (mães de usuários de drogas) querem até internar o usuário. Eu digo vamos conversar com o usuário, “ah, mas eles não querem saber de conversa”. [...] O único problema seu, do usuário de droga, ele tem que ir pra um centro de recuperação. “Não, mas eu não quero botar meu filho lá, porque tem que pagar quantia x e eu não posso. Tem que dá uma cesta básica também e eu não posso”. Eu digo não, a última forma é essa, é levar seu filho. Então, muitas vezes, ela diz “não, mas eu quero levar meu filho é para o apoio matricial”, eu digo bem, a senhora vai ter que ir no CAPS, porque esse aí não é o caso, usuário de droga não é CAPS, como você sabe.

Percebe-se, no final da narrativa, que ainda há um desconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde a respeito dos equipamentos disponíveis na rede assistencial que podem e devem ser acionados para o fluxo do cuidado em saúde mental. No discurso, a depoente relata que a demanda do usuário que faz uso problemático de drogas não é no CAPS, quando na própria Regional onde se encontra o CSF existe uma modalidade de CAPS, no caso CAPS-AD, voltado exclusivamente para o cuidado a usuários de álcool e outras drogas.

### **Subtema 3 - Tecnologias de cuidado a usuários em crise e a construção do PTS**

O cuidado no campo da saúde mental procura atingir a integralidade através de novas estratégias e pauta-se nas tecnologias relacionais como ferramentas de sua prática. Estas compreendem as tecnologias leves em saúde, aquelas implicadas no estabelecimento das interações intersubjetivas na efetuação dos cuidados em saúde. O espaço das tecnologias leves é aquele em que o profissional de saúde se coloca frente ao outro (usuário) da relação terapêutica. Demonstra, a partir dessa perspectiva, que os onipresentes e substantivos diálogos que entretecem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as

tecnologias, mas que a conversação, ela própria, na forma em que se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias (AYRES, 2004).

As narrativas demonstram que existem diálogo e escuta realizada por médicos na ESF, que produz sentido para o usuário que está buscando compreensão do seu estado de saúde mental, com a finalidade de empreender a terapêutica e a intervenção mais resolutiva. No entanto, as pessoas que estão na sala de espera qualificam o atendimento como demorado. Apreende-se que a conduta médica é de compromisso e respeito para com o outro que está sob sua responsabilidade.

Ele conversa muito com você, ele parece um psicólogo. Ele conversa, conversa, por isso ele demora, porque ele conversa, conversa, conversa... Aí quem está lá fora acha que ele está custando, mas ele está conversando pra descobrir, pra não passar medicação errada... Qualquer erro de um médico cai em cima do médico, então ele conversa, examina você, examina você de ponta a ponta, com toda tranquilidade. Embora ele tenha dor, tem dia que ele está com dor, você não nota, coluna... Ele vai, está (para) atender e não falta.

A tecnologia do cuidado não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas. Nesta perspectiva, pode-se pensar que os profissionais de saúde estão constantemente em sua prática construindo mediações (AYRES, 2004).

Apreende-se na narrativa desse usuário a satisfação pelo cuidado recebido, uma corresponsabilização com os remédios prescritos pelo médico. Afirma que vai ao médico de três em três meses, sendo atendido prontamente, o que revela sentimento de satisfação.

Meu tratamento é ótimo! Vou lá e ele passa os remédios, e eu tomo, quando se acaba, vou de novo, de três em três mês. É um ótimo médico, legal ele, não tenho o que reclamar. A gente é atendido logo, a gente vai logo atendido, não tem o que dizer.

O vínculo construído pauta-se na formação de laços afetivos entre profissionais de saúde e usuários na qualidade do atendimento, ou seja, no receber bem aquele usuário, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores. Além disso, a busca de resolubilidade para a demanda dos usuários com o

seu profissional de referência é uma forma de percepção do vínculo estabelecido entre eles. Para Campos (1998), a equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetivando ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre os atores envolvidos. Então, a construção do vínculo depende do modo como os profissionais de saúde se responsabilizam pela saúde dos seus usuários, particularizando o seu processo de cuidar.

A narrativa do usuário demonstra como significa seu atendimento pelo profissional de saúde, pautado no vínculo que se estabelece. Cuidado e vínculo são categorias consideradas como tecnologia leve em saúde (MERHY, 2002). Esse tipo de tecnologia considera as relações resultantes do trabalho em saúde por meio da produção de vínculo, acolhimento e gestão. Tais relações vão surgir a partir do cuidado implícito à produção do trabalho em saúde, quando feito de forma humanizada, suscitará essa tecnologia tão importante para a satisfação do serviço produzido.

Nas narrativas, apreende-se que, em caso de urgência, é solicitado o atendimento em dupla para o AM. Antes da consulta, elabora-se a história atual do problema descrito pelo usuário, então é avaliado se é caso de AM. No caso afirmativo, é realizado o agendamento para próxima reunião do matriciamento com a finalidade de estudar o caso com mais profundidade.

Quando há uma urgência maior, eu peço para vir em duplas no dia do matriciamento, aí eu venho um pouco antes de começar o atendimento lá e faço essa historinha, inclusive o próximo que nós vamos atender, vai ser dessa forma. Eu identifiquei que precisa de atendimento matricial e já marquei pra ele vir na primeira quarta-feira do próximo mês pra poder fazer essa consulta melhor...Eu soube que o CAPS lá tinha todo o suporte pra me deixar uma pessoa normal, entre aspas né? Quem toma remédio nunca é normal, entendeu? Eu fui encaminhado pelo doutor... Aquele alto como é o nome dele? Aquele grandão (médico da ESF). Eu estava há cinco meses sem dormir, tomando só os remédios, estava doido que eu pegava assim... Agora não, eu estou bom, que eu não faço mais isso, quer dizer, eu acho que não faço mais. Pegava as fezes dos outros pra comparar com a minha, sabe? Eu mesmo queria ser o médico, né? Pegava nos pulsos dos outros, pegava no coração dos outros e lá vai, e mostrava a língua, pra ver se tava normal. Sei que eu peguei uma crise bem forte viu? Paciente de crise aguda.

As narrativas demonstram, ainda, que os usuários se sentem acolhidos pelas psicólogas, afirmando que se apegou bastante e sofreu com a separação. Percebia, na relação construída, amizade e confiança para relatar suas subjetividades. Havia um vínculo de cuidado e compromisso em sua relação cotidiana, pois acreditava nele, pois o escutava e levantava sua autoestima.

A minha psicóloga foi ótima, até me apeguei muito com ela e sofri muito ter que me separar dela, sofri muito. Senti muita falta dela porque ela virou pra mim uma amiga. Era assim... O que eu não tinha coragem de falar pra ninguém eu me abria com ela. Ela dizia que acreditava em mim, tudo que eu quisesse... Que eu tinha esquisitice, eu tenho muita esquisitice, aí as pessoas da minha família que eu ia tentar me abrir ficava falando assim, pra deixar disso... E ela não, ela ouvia, entendia, ela ouvia, entendia. Ela “pode ficar à vontade”, se eu quisesse chorar, ela deixava eu chorar bastante.

O estabelecimento do vínculo permite que a negociação caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, mas que, ainda assim, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. O vínculo precisará, portanto, interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor conduta cuidadora (SANTOS *et al*, 2007).

O atendimento narrado pelo depoente denota que não existe escuta e somente a medicalização. Revela que o profissional da ESF não a considerou como pessoa, pois o atendimento foi frio, não denotando confiança por parte da usuária do serviço. Observa-se que o modo de cuidado desse profissional é centrado na patologia e tradicional. No entanto, a política de saúde mental atualmente indica que esse cuidado deve ser de acolhimento, diálogo e escuta por parte daqueles que cuidam.

Eu fui uma vez (no CAPS da Regional IV), fiz um cartão, mas o atendimento foi assim... Aí ele “qual o remédio que a senhora toma?”, aí eu disse “tal”, aí ele me pediu a caixa, me pediu... “De quanto?”, eu disse “25”, aí passou a receita, me entregou e pronto. Eu digo “puxa, vida, não vou ficar aqui”, o homem não olhou nem mim... Aí aqui me perguntaram se eu não queria fazer o tratamento lá. Eu toda vida fui uma pessoa muito... De dizer a verdade, e o doente mental, ele não mente, ele só fala a verdade. Aí ele disse assim “a senhora gostaria...”, eu disse “não”, Sabe por que eu não gostaria? Porque eu fui só uma única vez e o rapaz não olhou nem pra mim. Esperei, esperei, esperei, chegou minha vez ele perguntou o quê que eu tomava, aí eu disse tudo, ele me deu a receita e eu fui embora. Eu me senti assim, ali era como quem tava botando milho pra galinha, se a galinha comeu, comeu, se não comeu... Aí eu vim pra cá (CSF da Regional IV). [...]. Aí o Dr. Holanda, eu me identifiquei

muito com ele, é o médico daqui, nesse instante eu perguntei por ele. Hoje, ele estava meio adoentado, hoje não veio, mas vem amanhã... É meio rápida a receita, porque ele já chega muito tarde e a receita dele é meio rápida. Porque primeiro ele era de manhã, agora não é mais, é de quatro às seis da noite, mudou, aí agora é mais rápida. Porque ele já tá sabendo o que eu sinto, né? Aí chega lá a conversa é pouca, não é muita não, é só... Mais ou menos só dizer as coisas a ele, pegar a receita e passar o remédio e só,,,". Eu acho que isso aí deveria ser melhorado.

O acolhimento e o vínculo funcionam como dispositivos que (re) constroem as relações nas práticas de saúde, resgatando um atendimento integral e humanizado, produzindo uma responsabilização clínica e sanitária e uma intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006).

Porém, ainda é muito presente o modelo biomédico como aquele que rege a prática dos profissionais da ESF. Este relacionado à dimensão do cuidado físico, incluindo o atendimento da pessoa em sofrimento psíquico somente nas questões orgânicas, pois apenas assim a pessoa torna-se visível. Acrescenta-se que a escolha privilegiada do modelo biomédico por estes profissionais está relacionada à formação acadêmica e profissional, em razão de crer em uma explicação lógica à doença e à cura (LUCCHESI, 2009).

A mesma pesquisa de Lucchese et al. (2009) aponta, ainda, que as necessidades de saúde mental já se mostram visíveis para as equipes de saúde da família, no entanto, ainda não se incorporaram às práticas dos profissionais, exceto em situações pontuais quando se comprovou ações relacionadas à medicação, como o fazer mais valorizado na restrita atenção à pessoa em sofrimento psíquico. Assim, ficou evidenciado que o recurso da medicalização como única possibilidade significou a resposta encontrada frente às dificuldades manifestadas pelas equipes de saúde da família na abordagem de situações complexas envolvendo as pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

Para concretização do Projeto Terapêutico Singular, torna-se necessário um diálogo com escuta qualificada, a fim de elaborar o diagnóstico para definir o plano terapêutico, construído em equipe.

A gente vai conversando com o paciente tentando puxar alguma coisa pra fechar algum tipo de diagnóstico já pensando no plano terapêutico. Aí, em seguida, o paciente se retira da sala, a equipe

conversa e aí tenta ver o plano terapêutico da paciente, se precisa só da medicação, se precisa de algum outro tipo de terapia, terapia de grupo, alguns outros encaminhamentos....Se esse trabalho que a gente faz, como eu te falei, que a gente senta e discute... Se isso faz parte do projeto, eu não sei, eu acho que é nesse momento, entendeu? É esse momento que a gente vê o que é melhor e faz os encaminhamentos necessários. Assim, o projeto terapêutico singular, que chama? Eu realmente assim... Eu não sei como é que funciona, eu não tenho essa vivência, mas eu acredito que isso faz parte desse projeto, isso já faz parte... Assim, o momento que eu mais identifico realmente é essa questão do matriciamento, porque a gente escuta, vê o que é que o paciente... Qual a necessidade dele, porque quando ele fala, muitas vezes, ele fala uma coisa, mas ele quer dizer outra, então a gente vê essa necessidade dele, no momento que ele sai, a gente faz essa discussão desse projeto terapêutico, o que é que a gente pode estar encaminhando pra ele, o que é que a gente pode estar até facilitando pra ele.

Nas observações, foi possível acompanhar essa dinâmica das reuniões do matriciamento apresentada na narrativa. Esse arranjo organizacional promove espaço fértil para reunião da equipe multiprofissional, tanto da equipe especializada de matriciadores do CAPS quanto da equipe da ESF. Isso gera discussão do caso e seus devidos encaminhamentos após esclarecer melhor a demanda diretamente com o usuário. Com maiores dados da demanda e numa perspectiva interdisciplinar, é esboçado um plano terapêutico de acordo com a singularidade do usuário assistido, mesmo alguns profissionais ainda não tendo clareza do que seja um Projeto Terapêutico Singular, ou seja, o matriciamento promove espaço fértil para a construção do PTS.

Porém, ainda com base nas observações corroboradas pela narrativa, a participação do usuário não se efetiva. No momento chave de discussão para a construção do PTS, o mesmo é convidado a se ausentar da sala para que os profissionais definam entre si o que será melhor para seu tratamento. Cabe ainda neste processo, que está em construção, possibilitar o protagonismo deste usuário com fins a promover sua autonomia. Além do que, a construção do projeto terapêutico ainda se mostra restrita a meros encaminhamentos para profissionais ou serviços especializados.

Há uma participação ativa entre NASF e a equipe de saúde da família na construção do projeto terapêutico, mesmo sem identificá-lo como tal. Essa atitude terapêutica de corresponsabilização é dialogada, discutida entre a equipe, mas observa-se a exclusão da participação do usuário na tomada de decisão de seu



próprio projeto de vida. Desse modo, aponta que o usuário do campo da saúde mental, muitas das vezes, retorna ao convívio social com a receita médica e os encaminhamentos.

Às vezes, a gente faz esse projeto terapêutico singular, faz sem saber que está fazendo, no caso do NASF e a equipe de saúde da família. Então, a gente às vezes senta, conversa, “mas será que isso não dá certo desse jeito?” Mas no apoio matricial, a gente vê bonitinho, porque o paciente sai, a gente fica lá tudo sentado, discutindo. É onde eu vejo mais essa questão de projeto terapêutico singular... Não tem um plano, realmente a gente não tem assim um plano terapêutico singular, é o que está faltando na discussão desses casos [...] Como eu falei no início, o paciente sai com a receita, sai com os encaminhamentos, terapia comunitária às 18 horas, massoterapia a partir das 14 horas, tal dia. Ele sai com uma receitinha, um receituário com todo esse encaminhamento e aí ele vai pra casa... Mas eu acho que tem sim, porque quando a gente faz nosso consolidado, as pessoas que participam geralmente falam “ah, tem plano terapêutico singular desse paciente aqui, fizemos, nos reunimos e fizemos”.

Atualmente, a atenção básica conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Como o próprio nome remete, são compostos por equipes multiprofissionais de diversas categorias na perspectiva da integralidade do cuidado e se propõe a dar apoio, suporte especializado às equipes da ESF. A Portaria 154 do Ministério da Saúde preconiza que tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada NASF deva contar com, pelo menos, um profissional da área de saúde mental em suas equipes (BRASIL, 2008).

Os NASF devem integrar-se à rede de saúde, incluindo a rede de saúde mental, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de saúde da família. Dentre as ações de saúde mental a serem realizadas pelo NASF, destacam-se: priorizar as abordagens coletivas; ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as parceiras no tratamento; desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade; evitar práticas que levem à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção antimanicomial; discutir com as equipes da ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação às questões subjetivas; melhoria da qualidade do cuidado a grupos de maior vulnerabilidade, dentre outros (BRASIL, 2008).

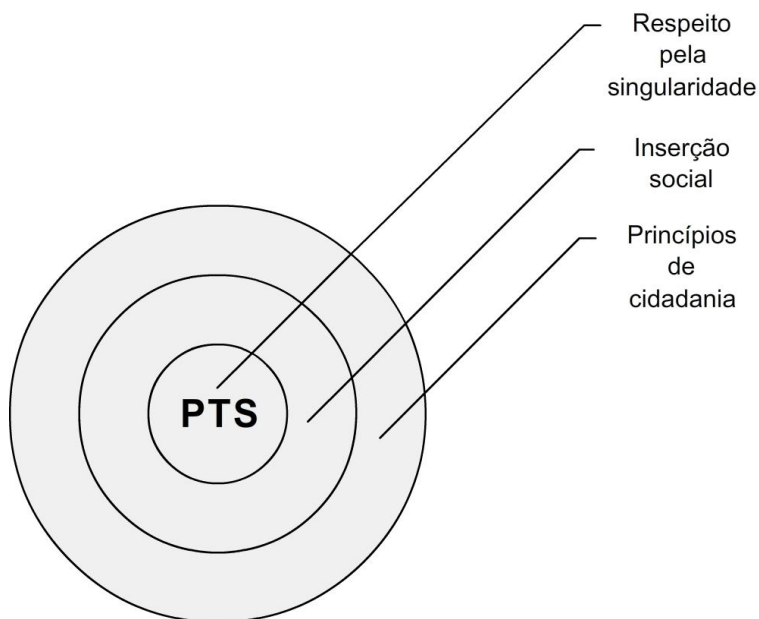
Observa-se, na leitura das narrativas, que o PTS é confundido com encaminhamento. Os profissionais de saúde reunidos no AM discutem quais categorias profissionais farão parte do plano de cuidados do usuário, visto como um dispositivo resolutivo para a demanda em saúde mental. As narrativas ainda revelam que a construção do PTS ocorre de forma conjunta, no coletivo de profissionais e promove o planejamento do cuidado no que diz respeito às categorias profissionais que acompanharão o usuário, como as ações de saúde na rede assistencial.

Eu vejo mais isso, exatamente, como um plano terapêutico, que a gente já deixa feito os encaminhamentos, a gente já dá uma solução no momento pro paciente, você vai ser acompanhado por tal profissional, você vai tomar o medicamento tal, nós vamos tentar reduzir seu medicamento, nós vamos tentar aumentar... Então, a própria equipe se reúne após a explanação do paciente e a gente vê a necessidade, por exemplo, é um paciente que ele é ansioso, depressivo, mas ele é obeso, então, já vamos deixar encaminhada uma consulta com a nutricionista. É um paciente que é esquizofrênico, mas ele não tem condições de ser acompanhado e tudo, então vamos deixar agendado com a assistente social, pra avaliar as condições financeiras. Então, a gente já faz os encaminhamentos na própria reunião do matriciamento... Então, lá o paciente já sai geralmente com o plano terapêutico mesmo, pra gente tentar de imediato... Tentar resolver aquele problema dele. O projeto terapêutico, com certeza, o paciente tem uma evolução melhor, mas aqui geralmente a gente faz o projeto terapêutico, geralmente faz, porque quando a equipe participa aí dá pra fazer o projeto, porque está todo mundo participando... É um planejamento do que é que a gente vai fazer com esse paciente.

Com base na narrativa, observa-se que os profissionais de saúde pautam sua intervenção a partir de um olhar ampliado frente à demanda do usuário. De acordo com Lins (2006), a singularidade não pode ser substituída pela imposição de regras rígidas e imutáveis. Para ser eficaz, o PTS do usuário deve ser pensado como algo dinâmico, não pode ser colocado como uma intervenção já formulada e esquadrihada.

No que se refere ao planejamento citado, ele se torna efetivo à medida que se sustenta nas diversas possibilidades e tendências de trabalho e intervenção. A natureza dinâmica e dialética tende a impedir ou não a normatividade imposta por saberes, instituições e poderes. O conflito permitido é fomentado no favorecimento das trocas de experiências, anseios e vontades que regem a subjetividade humana e social (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006).

Pode-se inferir, ainda, que o Ministério da Saúde recomenda que, na construção do PTS dos usuários, deve-se contemplar a implementação de trabalhos de inserção social, buscando-se respeitar as possibilidades individuais e os princípios de cidadania, com o objetivo de promover a diminuição do estigma e estimulação do protagonismo de cada usuário em sua vida (BRASIL, 2004a).



**Figura 11** – O PTS pautado na singularidade do usuário.

Nas narrativas, as intervenções se pautam na integralidade à medida que promovem relações interpessoais e o convívio social-comunitário. O profissional revela, em sua narrativa, que o incentivo à busca de relacionamento amoroso e ampliação do ciclo de amizades, mesmo não estando pautada na clínica tradicional, mostram-se condizentes com a finalidade de promover qualidade de vida à usuária.

Teve um apoio matricial que a menina reclamava muito que ela era muito só, que ela não estava conseguindo sair de casa, que tudo dela era da igreja, aí o médico foi e disse pra ela que ela precisava ocupar mais espaços, além da igreja, ela precisava fazer outras coisas, ela precisava inclusive namorar mais, paquerar mais, não sei o quê, não sei o quê... Era terapia? Não era, mas também não deixava de ser. [...] Não é como você senta e “tá bom, aqui no CAPS a gente tem isso, isso e isso”.

Na fala da depoente, observa-se a interação entre os atores a fim de juntos

buscarem caminhos para uma melhor qualidade de vida para a usuária. A queixa é a solidão, a dificuldade de vincular-se. Então, a própria intervenção ao estabelecer o vínculo já passa a ser terapêutica.

Uma categoria importante referente às tecnologias leves é o vínculo. Ele resulta da disposição de acolher uns e da decisão de buscar apoio em outros. O vínculo é, portanto, a circulação de afetos entre as pessoas (CAMPOS, 2003). Portanto, o vínculo é uma ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas em saúde mental, pois favorece a negociação entre os atores envolvidos nesse processo.

### **4.3 - MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE: FRAGILIDADES, PROCESSOS E INTERVENÇÕES**

#### **Subtema 1 - Processos de trabalho nos dispositivos da Atenção Básica e Psicossocial**

O relato das narrativas dos entrevistados revela que o Centro de Atenção Psicossocial possui duas equipes de AM formadas por profissionais da instituição. As equipes organizam os encontros do matriciamento a partir de cronograma enviado no início do ano a cada CSF participante do processo. A equipe de AM participante da pesquisa é composta por três profissionais, sendo uma médica, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional.

Cada equipe fica responsável por conduzir o matriciamento em três CSF com periodicidade mensal em cada uma delas. Porém, no relato, o profissional se queixa das interrupções, da não regularidade das reuniões. Entretanto, há singularidades em cada unidade em que se promove o AM de acordo com o entendimento que se tem a respeito desse arranjo organizativo. Observa-se na narrativa que esse entendimento ainda é frágil, mesmo havendo algum tempo de sua implantação na Regional. Esse entendimento reflete na adesão dos profissionais da ESF que recebem suporte da equipe do AM.

O apoio matricial tem um cronograma. Então, no começo do ano, a coordenadora, coordenadora da saúde mental da Regional IV, passa pra gente todo um cronograma, então cada unidade de saúde, é mensal, então cada unidade de saúde tem o seu dia... Sempre falha, sempre falha... Aqui, nós temos duas equipes de apoio matricial no CAPS, a gente tem a equipe 1 e a equipe 2. Da equipe 1, tem três pessoas que participam, que sou eu, terapeuta ocupacional, a psicóloga e a médica, que a gente faz parte da equipe. E a equipe 2, que é a assistente social, que está em outros postos de saúde, a gente faz apoio matricial em três postos de saúde ...E a gente vai uma vez por mês em cada posto...Aí varia, né? [...] Cada posto tem um entendimento diferente sobre o apoio matricial. Alguns postos têm a equipe completa, em outros postos tem um ou outro profissional e em outros postos tem muita dificuldade em reunir a equipe, porque ainda há pouco entendimento de apoio matricial, apesar de já ter bastante tempo de matriciamento na Regional IV.

O caminho para a construção de uma alternativa ou até mesmo a consolidação de um modelo assistencial direcionado para a resolução das

necessidades dos sujeitos precisa explorar as tensões existentes nestes espaços, o plano micropolítico do cotidiano das unidades de saúde e criar novas forças instituintes nas formas de produzir saúde (MERHY, 1997).

Nas observações do campo empírico, evidencia-se o reflexo do entendimento sobre a proposta do matriciamento e sua adesão. Em um dos CSF, toda a equipe de profissionais com formação universitária da ESF se encontra reunida quando chega a equipe do apoio matricial. É perceptível o engajamento da maioria dos presentes em discutir os casos e conjuntamente aprimorar seu saber e sua prática no campo da saúde mental. Um aspecto relevante identificado nas observações do campo empírico é o engajamento da equipe de matriciadores. As três profissionais matriciadoras demonstram envolvimento e disponibilidade, o que leva à reflexão de que esta postura influa na aceitação da proposta matricial por parte da equipe da ESF. Enquanto no outro CSF o matriciamento é irregular, apenas três encontros em sete meses, com apenas uma profissional matriciadora.

No seguimento da narrativa, é citado o CSF em que a equipe para as atividades do cotidiano do serviço para estar presente no AM. A equipe da ESF se percebe mais apropriada com o suporte dado pelo matriciamento e começa um processo de discutir e viabilizar caminhos de cuidados no campo da saúde mental mesmo quando, por algum motivo excepcional, não estejam presentes os profissionais especialistas, adquirindo assim uma maior autonomia. No relato, observa-se ainda a crença na efetividade do AM pautada na percepção de uma maior resolubilidade das ações quanto à demanda de cuidado em saúde mental.

Assim, aqui nesta unidade, todo mundo fala a questão do matriciamento, que a unidade realmente para pra fazer o matriciamento [...] Então, às vezes, a gente não tinha nem paciente aqui, porque os médicos já tinham feito os encaminhamentos e no dia do matriciamento só discutiam os casos, um caso mais específico que a gente teve dúvida [...] aqui realmente é um lugar muito bom de fazer o matriciamento, porque a gente vê que funciona, as pessoas têm interesse.

À medida que as caixas de ferramentas são ampliadas, aumenta a potência do cuidado na gerência dos arranjos organizacionais que se expressam nos encontros, e o apoio matricial é um deles. Como também na eficiência da ação cuidadora e na formação inteligente de respostas aos conflitos e tensões que permeiam os fluxos na rede (MERHY, 2002).

O relato faz refletir que esta realidade tem relação com o vínculo de trabalho dos profissionais que, em sua maioria, são terceirizados, ocasionando uma frequente rotatividade. Esse fato repercute na qualidade e continuidade das ações de cuidado aos usuários. Outro aspecto que reluz nos serviços é a precarização do trabalho em saúde revelada na narrativa, no que diz respeito à vinculação dos NASF às equipes da ESF, sendo um núcleo apenas para dar suporte a cinco unidades, o que compromete a vinculação e o acompanhamento dos usuários.

A gente não tem uma adesão (dos ACS) muito grande, não. A gente acha que é por conta também do tamanho... Do espaço que a gente não tem, porque a gente faz na sala da enfermeira e fica lotada! Assim, é gente sentada em cadeira, tudo encostado um no outro, num banquinho, nessa escadinha da maca, então assim, na maca uns três, quatro sentados... O espaço é muito pequeno, a gente acredita que seja por isso. Mas a gente já fez capacitações com os agentes de saúde... Acho que de desafio maior é essa questão das redes de apoio, porque muitas vezes a gente tem essa dificuldade, a gente pensa todo um projeto, bonitinho... A gente depende de outras instituições. [...] Não é nem culpa das pessoas que trabalham não, é do próprio sistema que não tem um apoio, eles não têm um apoio necessário até pra funcionar. Até pela questão também da adesão, questão de grupo, a gente já fez vários grupos aqui, a gente tem pouca adesão dos usuários, a gente já imaginou mil coisas, o que fazer. Na verdade, assim, os profissionais da unidade são a sua maioria terceirizados, então a gente também tem essa rotatividade de profissionais. Um que passa pra coordenação, outro que saiu, outro que passou pra outra Regional, então a gente não tem essa coisa sistemática, então essa rotatividade de profissionais também deixa muito a desejar. Por quê? Porque a gente não tem essa continuidade desses pacientes, desse trabalho... A gente tem o prontuário sim desses pacientes, mas no CAPS. Aqui na atenção básica eu estaria mentindo. Se dissesse então: me mostra um prontuário que foi atendido no apoio matricial? Essa responsabilidade ficou para com o NASF, só que a gente não tem esse acompanhamento desse profissional. Quem está próximo a ele é o médico, a enfermeira e o agente de saúde, até porque nós temos cinco unidades pra fazer esse atendimento, esse acompanhamento, esse apoio.

Em contraponto, observa-se, na narrativa do pesquisado, a presença de alguns desafios como espaço físico adequado. O matriciamento se caracteriza por constituir-se pela participação de um número variado de categorias profissionais, o que requer espaço mais amplo. Na ausência de espaço, fica restrita a participação dos ACS, apesar do relato do profissional revelar que os mesmos já passaram por capacitação em saúde mental. Ainda na narrativa, o maior desafio percebido pelo

profissional se refere ao suporte dado pelas redes de apoio. Por outro lado, observa-se uma queixa da não adesão dos usuários às atividades propostas pelos serviços.

Evidencia-se, portanto, a complexa relação do cuidado em saúde que atua no espaço macro e micropolítico, em busca da resolubilidade. O essencial é a perspectiva da construção do cuidado centrada nos usuários e suas necessidades, antever aos modelos tradicionais que só intencionem interesses do mercado (MALTA, 2004).

No discurso, é denunciada a dificuldade de fluxo na rede assistencial. Ao passo que o matriciamento propicia espaço para encontro da equipe multiprofissional em busca de uma intervenção integral e interdisciplinar pautada na construção de um projeto terapêutico, se mostram escassas as atividades comunitárias, como grupos terapêuticos, ou mesmo quando se faz necessário atendimento individual especializado.

As necessidades de saúde inseridas na concepção central da prática do cuidado a ser efetivado são capazes de ampliar a definição de integralidade assumida nos serviços. Perceber tais necessidades evidencia a potencialidade dos profissionais, equipe, serviços e rede de fazer a melhor escuta dos usuários que buscam o atendimento (CECÍLIO, 2001).

Observa-se que os desafios a serem superados no processo de AM estão bastante evidentes nas narrações dos sujeitos pesquisados, por exemplo, a não continuidade do AM em algumas unidades de saúde (ESF), conforme explicita as ideias:

Agora, a gente está tendo alguns problemas porque, por exemplo, a turma da equipe 2 vem reclamando que não está funcionando no Ocelo e no Turbay, a equipe do Turbay inclusive disse que vai retomar o apoio matricial, em compensação a equipe do Filgueiras que nunca tinha a abertura pra fazer o apoio matricial, que é a equipe 1, informou hoje que voltou a ter o apoio matricial... Dos três que nós atendemos na equipe 3, dois são os postos de referência de todo o apoio matricial da Regional IV. Porque um, inclusive ele, é para os atendimentos [...] No Valdivino de Carvalho a médica é a grande parceira e os ACS também, a gente não tem muita parceria com enfermeiro, com o restante da equipe não [...] Na Policlínica, a gente tem algumas dificuldades que são já dificuldades da própria estrutura da Policlínica, que no momento são... Acho que eles têm quatro equipes e das quatro equipes apenas uma tem médico.



As atividades do AM foram designadas por meio de cronograma. Para os profissionais do CAPS com a função de matriciadores em saúde mental, os encontros estão organizados em um dia por semana. Nas três primeiras quartas-feiras de cada mês se realizam as reuniões do apoio matricial em diferentes CSF, e na última quarta-feira do mês são feitas as avaliações do processo e são acolhidos no serviço especializado os usuários encaminhados pelo matriciamento na ESF. Os depoentes apontam ainda que o perfil de atendimento no CAPS foi modificado seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com atendimento das demandas de moderado a grave.

O apoio matricial, a gente tem um cronograma de atividades que a gente faz por ano. Então, a primeira é sempre às quartas. A equipe 3, vou te falar da 3, tá? A equipe 3 vai aos postos sempre às quartas-feiras, primeira quarta-feira do mês, Luis Albuquerque Mendes, segunda quarta-feira do mês, Valdevino de Carvalho, terceira quarta-feira do mês, Policlínica. Quarta quarta-feira do mês é o dia que a gente tem pras nossas atividades, a gente pensar sobre aquelas avaliações... No ano passado, a gente mudou o perfil de atendimento, a gente mudou seguindo aquelas diretrizes do SUS. CAPS é atendimento de pessoas que têm transtorno mental moderado a grave. Quando é moderado a leve, não é pra cá, não é perfil. E no CAPS, uma estrutura que tinha quase dez mil pacientes, quando a gente começou com essa discussão.

A narrativa mostra que foi necessário ao CAPS rever seu processo de trabalho frente à demanda que chega ao serviço. Enquanto nível de atenção secundária deve organizar o serviço para atendimento de usuários com transtornos mentais de moderado a grave. E, através da promoção de suporte especializado à atenção básica, favorecer saberes e práticas para os profissionais deste nível de atenção se instrumentalizarem e, assim, intervirem de forma inovadora e consoante aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

De fato, não basta somente o CAPS atender em uma perspectiva psicossocial, urge a necessidade do desenvolvimento de um trabalho em rede. Assim, faz-se necessário que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede precisa, com capacidade para responder às demandas de saúde mental em corresponsabilidade com a comunidade (LUCCHESI, 2009).

Outro ponto de destaque nesse novo olhar no campo da saúde mental diz respeito às transferências da ESF para o CAPS e vice-versa. Esses fluxos não tinham o perfil de atendimento para esse tipo de dispositivo especializado de

atenção psicossocial, pois os profissionais da AB não estavam apropriados de conhecimentos na área de saúde mental e quais os procedimentos e decisões deveriam ser tomados. Lembram os narradores que existe um distanciamento entre a teoria e o fazer cotidiano no seu processo de trabalho.

Quando a gente começou a fazer essas transferências (para a ESF dos casos que não eram perfil do CAPS)... Lembro que eu e a psiquiatra, a gente falou assim “Pode esperar, que em março, a gente começou isso em setembro, final de setembro, segunda quinzena de setembro, pode esperar, que quando for em março, a primeira quinzena de março vai chover de contratransferência aqui”. Ora mais, foi batata!... Na verdade, entre a teoria dessas diretrizes do SUS e a prática é um abismo enorme, e que a gente fica tentando se segurar naquilo que é aquele ganho que é individual, cada um de nós a gente fica pensando assim “poxa, mas eu aprendo com isso, eu ganho com isso, é o momento que eu faço isso, eu troco com isso”, a gente está sempre pautada nesses ganhos.

Os depoentes em suas narrativas revelam que são resistentes a mudanças em seu processo de trabalho, tanto individual como coletiva. Admite que os instrumentos para o exercício de suas ações são precários ou quase inexistentes, dificultando a atenção psicossocial à demanda, ou mesmo afetando a qualidade da intervenção. A estratégia de arranjo organizacional é inovadora e possibilita o cuidado com eixo na integralidade, nas relações sujeito-sujeito, mas é dificultada por ser somente um turno no mês e a demanda é grande para a cobertura dos que procuram a ESF e o AM.

Bom, a gente tem uma resistência, uma resistência que ela é individual e é coletiva. Ela é individual no sentido de que perpassa por cada um nesse interesse, tem que ser interessante pra cada um, se não for não funciona. Porque se a gente for se pautar, por exemplo, só na questão do serviço, a gente desiste muito fácil, porque o subsídio desse serviço, a oferta de... Vamos chamar de equipamentos, pra gente exercer esse serviço, é quase nula, é quase inexistente... Eu acho que é muito bom, o problema é porque o seguinte, o apoio matricial é um turno/mês em cada posto, a demanda é bem maior, então não tem como dá conta. Então, às vezes, eles selecionam os casos que eles estão com mais dúvida, mas geralmente tem mais casos, mas falta profissional, não tem como ter de lá do CAPS por profissional do posto, pra ficar o tempo todo trabalhando em cima disso.

Para o enfrentamento das adversidades presentes na micropolítica do cotidiano de trabalho em saúde se faz necessária, como relata Ayres (2001), a transformação das concepções constituídas a partir do agir em saúde. O ato precisa

se afastar do cumprimento de uma intervenção e propiciar a aproximação de uma noção mais ligada ao cuidado. Tal premissa se faz presente, pois o modelo de intervenção submete o objeto (usuário) ao poder técnico desnudando a singularidade de cada indivíduo.

## **Subtema 2 - Medicalização, interdisciplinaridade e poder**

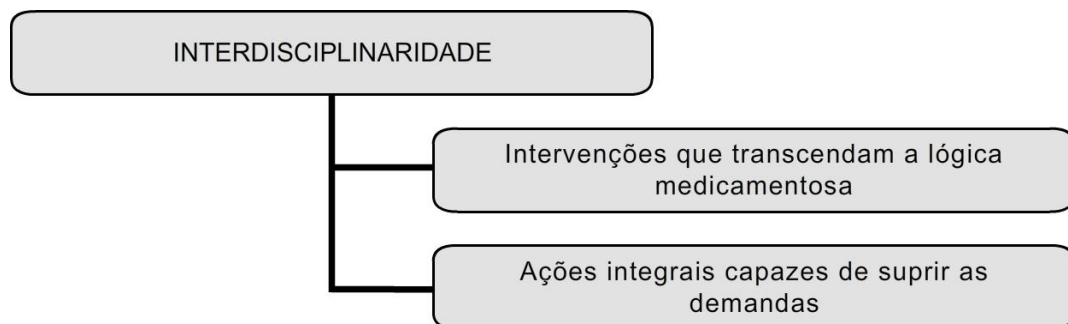
Na sociedade contemporânea, as práticas medicalizadas incidem sobre as relações sociais e nos enfrentamentos comuns da vida humana. As singularidades e estilos de vida são remontados para limites patologizantes que induzem a pessoa a indicar seu próprio sentido de doença, inclusive, no convívio comum de comportamentos e atitudes (TESSER, 2006).

A prática em saúde deve sair do foco da medicação, e ir além da prescrição de medicamentos e de curar doenças, necessitando de uma atuação muito mais ampliada. É necessário um modelo de clínica que crie um compromisso real com o usuário, este sendo visto como um ser singular, atuando junto aos diversos setores da sociedade, incentivando e promovendo melhorias no campo da saúde e, assim, assumindo um compromisso ético profundo (BRASIL, 2007a).

O relato dos profissionais revela que o matriciamento promove o compartilhamento de saberes entre as várias categorias que se fazem presentes. Assim, a atuação interdisciplinar possibilita a discussão e intervenção dos casos pautada na integralidade que é avaliada pelo coletivo com a finalidade de efetivar o que foi acordado em equipe. O cuidado no campo da saúde mental propiciado pelo encontro do AM se propõe a intervenções terapêuticas que não se restrinjam à prescrição de medicamentos. Que o olhar multiprofissional e interdisciplinar promova intervenções integrais, adequadas à demanda do usuário do campo da saúde mental numa perspectiva psicossocial.

O trabalho em equipe multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação

simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998).



**Figura 12** – A interdisciplinaridade e sua relação com o cuidado integral.

A narrativa releva, ainda, que este arranjo organizativo é validado pelo profissional que participa de sua implementação, pois possibilita intervenções mais resolutivas. Pautado nesta percepção sobre o AM, o profissional sugere que este dispositivo não se restrinja apenas às demandas do campo da saúde mental, mas que se estenda a outras áreas da saúde.

É, cada profissional, dentro das suas possibilidades ou atribuições, eu acho que contribui o máximo que pode. Sugestões aparecem e desaparecem, dependendo do interesse do coletivo, todos os profissionais sugerem alguma coisa e a gente avalia a possibilidade de fazer ou não. Mas é tudo combinado, conversado, acordado... Assim, para o usuário, a gente vê a questão do cuidado mesmo, cuidado clínico, não só daquela questão da medicação que a gente via muito antigamente. O que menos se fala no apoio matricial aqui é a questão da medicação. Medicação é uma coisa a mais que a gente tem, mas não é só isso... Eu acho que é bem importante esse momento de juntar todos, de acordo com seu conhecimento e estar ajudando aquele paciente, está entendendo? Eu acho que tem que ter... Eu acho que deveria em todos os casos da saúde ter, não só na parte mental, sabe? Da saúde mental. Porque já imaginou um paciente, vamos dizer, com obesidade, que tem ali a visão do endocrinologista, a visão do psicólogo, a visão do nutricionista, a visão de outros profissionais, de educador físico... Estar direcionando o bem-estar para aquela pessoa, eu acho que é de suma importância, deveria ter em todos os aspectos.

Nas observações do campo empírico, foi possível identificar que o AM possibilita a reunião de diversas categorias profissionais, que coletivamente discutem suas práticas e saberes a partir do núcleo de conhecimentos de cada

categoria profissional. Esta interação favorece a clínica ampliada frente à demanda trazida pelo usuário, construindo o PTS com eixo na integralidade.

Com base na narrativa, em contrapartida, observa-se que apesar da atuação interdisciplinar no AM, a intervenção terapêutica ainda se pauta predominantemente na prescrição medicamentosa. Revela-se, ainda, que por mais que os demais profissionais demonstrem um olhar mais ampliado frente à demanda, isso ainda não se traduz em ações integrais efetivas. E, ainda, algumas categorias profissionais se percebem no matriciamento como ouvintes, o que revela que não se veem como capacitadas para contribuir na construção do PTS do usuário com demanda no campo da saúde mental.

Na maioria das vezes, o médico sempre “ah isso é uma insônia e tal e tal, vou passar medicamento” e ele sai com a receita... O NASF como já tem mais essa questão do não medicamento, em último caso o medicamento, quê que a gente faz: é necessário? É, mas aqui, a gente tem terapia de grupo, a terapia de grupo já tem mais de cinco anos, dez anos de terapia comunitária. Tem a massoterapia, que é uma enfermeira também do PSF, que faz essa massoterapia. Então, a gente procura a questão da socialização... Do NASF, os profissionais responsáveis (por participar do AM) normalmente são a psicóloga e a assistente social, mas outros também participam como ouvintes... Aí assim, do NASF, costumava ir o NASF inteiro, quem estava na unidade, aí agora ficou mais com a psicóloga e com a assistente social, porque assim, até porque alguns profissionais também têm aquela resistência “mas o que é que eu vou fazer? Sou fisioterapeuta, sou nutricionista... onde é que eu vou poder ajudar em saúde mental?”. E muita gente, assim, realmente tem aquele receio.

A noção de cuidado supera a lógica pontual e casuística da intervenção medicamentosa por si só. O cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como direito (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Para que haja mudança, a atuação médica precisa incorporar o preceito do SUS da integralidade do cuidado. Esta é entendida como uma das diretrizes que preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele no nível primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político. Um atendimento integral deve ir além da formulação de um planejamento terapêutico, contemplando a regulação das políticas públicas do setor e o olhar para o sujeito-usuário de forma a considerar o cuidado nas diversas dimensões do ser humano (PINHO, 2007).

O fluxo para o AM de usuários encaminhados pelo CAPS está condicionado primeiramente a uma avaliação por parte do médico da ESF. A narrativa releva que este profissional é o responsável por iniciar a reunião do matriciamento com a explanação da demanda do usuário. Este fato revelado pelo depoente denuncia a centralidade e o poder delegado à figura do médico no processo do matriciamento, que se caracteriza em sua essência por uma intervenção interdisciplinar, no qual se encontram diversos profissionais.

Então, assim, quando eles vêm do CAPS, o CAPS já manda o bilhete dizendo que aquele paciente já vem para o apoio matricial, mas antes, ele não vai direto para o apoio matricial, ele tem que passar por um médico da equipe, o médico da equipe colhe toda a história, porque no dia do apoio matricial é o médico quem faz a explanação do caso.

A narrativa releva a verticalização do poder entre as categorias profissionais, reproduzida também no tipo de relação estabelecida com o usuário. No momento de definir a terapêutica mais adequada, o poder de construir o PTS é compartilhado entre os profissionais. Porém, é revelado na narrativa que ao usuário do campo da saúde mental só lhe é dado o poder de concordar ou não com o plano já traçado em sua ausência pela equipe.

Nas observações, ficou patente que a figura e o saber médico têm uma posição diferenciada em meio às demais categorias. A própria organização do serviço é médico-centrada, à medida que todas as ações perpassam pela validação deste profissional e o matriciamento não foge a esta regra. Para o usuário ter acesso ao apoio matricial, ele precisa passar pelo médico da ESF, pois este tem o poder de definir se o mesmo necessita ou não do referido atendimento conjunto, mesmo que tenha sido identificado demanda de cuidado em saúde mental por outro profissional, seja ACS, enfermeiro ou mesmo um profissional do NASF.

Com base na narrativa, percebe-se ainda que a negação ao poder do usuário na construção de seu tratamento se faz ainda mais forte no que se refere à prescrição de medicamentos, pois, no relato, qualquer decisão quanto à medicação mais adequada é uma atribuição médica não cabendo a opinião do usuário que faz uso da referida medicação.

A gente pede pra ter um momento só com os profissionais, a gente decide quem que vai acompanhar e fala para o paciente, sugere para

o paciente se ele quer fazer todas essas atividades. O medicamento não, porque a gente respeita mais ou menos como é que funciona a parte farmacológica se o medicamento fazia um determinado efeito, se vai precisar mudar, se precisa aumentar a dose e tudo, então isso praticamente a gente só faz explicar.

A narrativa nos leva a refletir como tem se processado as relações de poder na equipe multiprofissional com fins a uma intervenção na perspectiva interdisciplinar. Observa-se, no relato, que a postura do profissional de saúde no qual seu saber e prática tem maior proximidade com o campo da saúde mental, não tem se mostrado aberto ao diálogo com categorias que, até então, não haviam atuado neste campo. As categorias que já fazem parte há mais tempo das equipes que atuam na ESF se mostram à frente da avaliação desta demanda, em especial a figura do médico, a quem é dado o poder de resolubilidade da atenção, como revelado no depoimento.

Uma doutora uma vez virou pra mim e falou assim “você não pode fazer esse tipo de pergunta pro paciente”. Então, por que que eu tô ali? Eu sou tão profissional quanto ela. Tudo bem que ela tá na área dela, ela tá na saúde mental dela e tal, mas aí eu não posso investigar o paciente, olhar pra ele e falar assim “por que você não pode ser feliz? Por que você fica olhando pra trás?... A gente faz... estuda tipo... o paciente nos procura, a gente mesmo na salinha individual... ela explica a situação dela, mas assim, no caso da enfermagem, a gente quase que sempre passa primeiro pelo médico. A gente agenda para o médico. É só avaliação mesmo e, no geral, a gente está passando para o médico e ele mesmo que vai dar a resolubilidade, né?

Os modos tecnológicos de atuar em saúde seguem uma trajetória definida pela disputa entre as forças sociais confrontadas, a partir do interesse individual comum de cada modelo assistencial. O modelo médico-hegemônico precipita a utilização de tecnologias duras e submete outros núcleos de saberes a impulsionar seus atos para a perspectiva singular e restrita do problema do usuário (MERHY, 2002).

No que se refere à produção do cuidado, os serviços de saúde precisam incorporar a utilização das tecnologias leves e leve-duras. Mesmo que, em alguns contextos, o imaginário dos sujeitos tenda a perceber a execução quantitativa de exames, consultas e o consumo de medicamentos e insumos, erroneamente como sinônimo de qualidade da assistência (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Quanto à atuação interdisciplinar, a narrativa revela que há uma hierarquização do cuidado. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os profissionais em que o seu fazer está mais próximo ao território e às demandas dos usuários. Essa dinâmica que caracteriza seu trabalho, como as visitas domiciliares, por exemplo, possibilita a identificação dos casos de saúde mental ainda no território, sendo o elo entre a comunidade e a ESF.

Outro depoimento diverge quanto à centralidade do médico na primeira escuta, quando o relato parte de profissional do outro CSF. A narrativa relata que a organização do serviço na AB quanto ao fazer médico não possibilita tempo a este profissional para a primeira escuta avaliativa quanto à demanda do usuário, cabendo esta atribuição ao profissional do NASF. Por outro lado, a narrativa mostra que este profissional do núcleo, recém-integrado à saúde pública com atuação na AB, demonstra depositar segurança no suporte médico. Revelando ainda outra queixa, visto que os profissionais médicos e enfermeiros, que compõem a equipe da ESF, estão vinculados a demandas específicas dos programas.

Geralmente, o agente de saúde que está na porta de entrada, que ele é bem mais próximo do território, ele é o mais próximo na verdade, então, assim, muitas vezes, algumas vezes, passa pelo agente de saúde, ele descobre essa realidade e traz para o médico do programa de saúde da família, que é o médico do território. Então, o médico como não tem muito tempo pra isso, passa pra equipe do NASF... A gente precisa da figura do médico, e o médico do PSF está sempre em demanda, está sempre atendendo. Então, ele nunca pode participar. A enfermeira, ela é muito cheia de programas... Que ela atende, então é programa de hipertenso, é programa de saúde da mulher, saúde do idoso, então assim, ela está sobrecarregada. Então, acabou ficando essa responsabilidade para os outros profissionais.

A narrativa releva que o AM proporciona uma alternativa à queixa de falta de tempo dos profissionais para reunirem-se, especialmente do médico. O matriciamento promove um espaço onde a equipe multiprofissional se encontra para discutir e construir o PTS do usuário com demanda em saúde mental. O depoimento revela, ainda, a dificuldade de acesso ao profissional médico. A consulta fica condicionada a uma avaliação prévia com o enfermeiro que vai decidir pelo agendamento ou não do atendimento.

Não, tem que falar primeiro com a doutora, a gente tem que marcar (consulta médica) com a enfermeira, a gente tem que falar com a



enfermeira primeiro, pra poder marcar a consulta, porque deixa marcado. E qualquer coisa se eu me sentir mais mal, eu ir lá, aí eu falo com ela, ela marca uma hora e eu vou lá e falo com ele (médico).

Percebe-se ainda uma contradição por parte do depoente. Ao passo que o profissional se queixa que a conduta de atendimento ainda está pautada na prescrição medicamentosa, na medicalização das demandas de usuários do campo da saúde mental, revela queixa da ausência do psiquiatra na continuidade desta prática.

O que a gente tem percebido nesse tempo todo de saúde mental, dentro da atenção básica, que é o apoio matricial, é que fica muito na receita, fica muito no controle medicamentoso [...] o médico no início participava, o psiquiatra, mas a gente tem falta desse médico psiquiatra que vem do CAPS.

Os profissionais da ESF conversam com os usuários a fim de apresentar e esclarecer sobre o AM, sua proposta e as categorias que se fazem presentes no encontro. Neste processo, percebe-se, na narrativa do entrevistado, que a demanda que chega comumente ao serviço está relacionada a transtornos mentais leves. Apesar disso, a intervenção se pauta na clínica tradicional, predominando a medicalização em detrimento de uma atenção psicossocial. Esta prática tem sido absorvida e mantida também pela postura dos usuários, que de acordo com a narrativa validam o tratamento quando este propõe o uso de medicamentos.

Que muitas vezes eu atendo e vejo a situação, aí então eu tenho que orientar. Explico pra eles que aqui nós temos o apoio matricial, tem a junta de profissionais da área de saúde. É onde o médico vai ouvir, muitas vezes, o psicólogo também, o terapeuta ocupacional e mediante isso aí, a gente vê a situação, aonde chegar e muitas vezes o serviço social se encontra nessa reunião... Muitos problemas de saúde dos nossos pacientes às vezes é só uma tristeza profunda, uma depressão, uma confusão mental, entendeu? E que eu vejo, às vezes, muito por medicamentos, porque os nossos pacientes são viciados em medicamentos, eles acham que têm aquela doença, vai morrer com aquela doença, não vai se tratar e o que a gente tenta conversar e quebrar é essa questão... Poucas vezes, eu vejo a situação que os pacientes muitas vezes vêm pegar mais é a consulta azul, aquela mania do medicamento, do Diazepam, do Lexotan, mas eu vejo a situação que eles não precisam realmente estar tomando esse medicamento.

O relato remete à reflexão que o usuário respalda uma prática prescritiva e medicalizante pela intencionalidade no cuidado recebido. A permanência do tratamento incide na garantia do repasse de medicamentos e sua utilização contínua. Tal consumo é requerido como único horizonte resolutivo para seus problemas de saúde (TESSER, 2006).

A narrativa revela, ainda, a medicalização do sofrimento humano nos serviços de saúde da ESF. O uso, muitas vezes exclusivo de medicamentos, mostra-se ineficiente na terapêutica de usuário do campo da saúde mental. Com isso, o entrevistado relata o uso de número variado de medicamentos que não são resolutivos no tratamento, pois a intervenção se restringe aos sintomas. A complexidade da demanda de cuidado no campo da saúde mental cobra uma intervenção multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar.

Passou (o médico do CSF) outros remédios, não funcionaram, não foi? Passou vários. Passou pra dor, Dorflex, esses remédios mais fraquinhos, pra depois chegar nesse (Amytril) ... Eu pego no posto, é, mas não deixo de tomar. Se eu não tomar, eu fico me tremendo todinha, amanheço o dia me tremendo. Eu tenho que tomar de manhã a Diazepam, aí de noite eu tomo o Amytril e o tomo o Haldol. Se eu não tomar, eu fico mais me tremendo, sabe? Eu tenho que tomar, de manhã... Porque se eu não tomar eu fico me tremendo... Faz muito tempo já, faz bem seis meses, faz mais, bem sete meses que eu tô tomando esse remédio. Agora só que ele tinha trocado, aí também não tava dando certo [...] Aí no posto esse remédio aqui era dado, mas os outros têm que ser comprado agora. [...] Eu gostaria de ficar boa, né? De tomar o remédio e que eu ficasse boa. Eu acho que só com o remédio, né? Tenho fé em Deus que eu vou melhorar... Ele disse que eu tinha que... tinha que tomar esse remédio, continuar tomando o remédio, porque era tipo uma depressão e o sistema nervoso, aí eu tinha que tomar esse remédio até chegar um ponto de eu melhorar. Ele disse que demora, mas é do tratamento mesmo.

O consumo de medicamentos, principalmente psicotrópicos de uso controlado, é observado no dia a dia dos usuários. A medicação torna-se um instrumento eficiente para a sensação de alívio e sentimento de cura. O significado da utilização dos medicamentos fica remetido ao equilíbrio no processo saúde-doença mental (TESSER, 2006; AMARANTE, 2007).

Considerando as idas e vindas aos serviços públicos de saúde pelos usuários e o atendimento despersonalizado e fragmentado, refletido na sequência de solicitações de exames complementares e encaminhamentos para níveis mais especializados de atendimento, a oferta terapêutica parece limitada frente às

necessidades dos usuários e o único “remédio” acaba sendo os psicofármacos para as queixas emocionais (LACERDA; VALLA, 2005).

Nas visitas para observação do cotidiano dos serviços e corroboradas pelas entrevistas, fica evidenciada a validação dada aos medicamentos por parte dos usuários. As demais intervenções terapêuticas como acompanhamento psicológico, atividades ocupacionais, grupos terapêuticos, por exemplo, são percebidas por parte significativa dos usuários como complementares, pois o principal para eles em seu tratamento é a medicação.

Os psicofármacos devem ser vistos como parte integrante do arsenal terapêutico para o tratamento do transtorno mental, e não como única alternativa possível. Defende-se que a referida linha de entendimento deve transcender o universo do transtorno mental e ser aplicada no cenário dos diversificados contextos de atenção (SARACENO, 1993).

No seguimento da narrativa, leva-se que, por outro lado, existem sim usuários que demonstram entendimento de que seu tratamento quando pautado somente na medicação não promove a cura. Estes já apontam para outros recursos em seu processo de saúde-doença, como o diálogo em suas relações interpessoais e a interação social.

Eu gostaria que realmente o CAPS funcionasse como deve, porque remédio não cura, não. O que cura é você sair, é conversar, é você dançar, é você... No meu caso, que fui uma pessoa de vida ativa, né? Só engolir comprimido, isso aí não [...] Eu não tô tão velha pra ficar dormindo de duas da tarde às seis da noite, né?! Mas eu tomo os remédios e não tenho atividade nenhuma pra fazer.

Evidenciam-se nos depoimentos que os usuários do campo da saúde mental consideram os dispositivos de atenção como seu domicílio, sua segunda casa. Demonstram ainda sua autopercepção, quando se sentem como deficientes mentais. Ao mesmo tempo, há uma contradição em se achar normal exaltando suas qualidades. Referenciam a medicação como uma resolução dos problemas de sua vida, conseguindo adormecer, porém, ressaltando a fé em Deus como um forte aliado para seu tratamento.

Lá (CAPS) é minha segunda casa, eu posso dizer assim. Porque realmente pra mim que sou deficiente mental, tem até a carteirinha aí, sabe? Passo por qualquer pessoa normal, né? Falo bem, eu acho que falo bem, sei lá, aí as pessoas pensam que eu sou um homem

normal , mas eu não sou normal. Sem esses remédios meu negócio é “tô morrendo, tô morrendo, tô morrendo” [...] Daqui acolá eu sinto alguma coisa assim, mas tem o Haldol né? Tem Deus primeiramente, depois o Haldol. Que eu tomo três vezes ao dia, né? De 5mg, são 15mg de Haldol. Que graças a Deus primeiramente, depois esse remédio, controla, sabe? Consigo (dormir). Graças a Deus, 100mg de Clorpromazina se eu não conseguisse dormir... Em nome de Jesus Cristo primeiramente, depois os médicos, né? Aí eu não aceito, entendeu? Quando vem uma voz assim falar besteira, falar qualquer besteira, eu não aceito, sai daqui, não tem parte comigo não, tá entendendo? Com ajuda dos medicamentos também, Deus primeiramente, depois os medicamentos.

Outro ponto de destaque na narrativa refere-se ao incentivo da assistente social em relação à realização de cursos profissionalizantes, exercícios físicos, dando caminhos para inserções sociais, mas torna-se forte novamente a medicação como determinante principal de seu tratamento. Deste modo, relata que ao tomar a medicação torna-se mais alegre e se sente mais disposto para participar de palestras, massoterapia, dentre outras atividades.

Então, eu incentivo para que eles façam alguns cursos [...] de corte e costura [...] participar da hidroginástica... Eu encaminho aqui ao lado, nós temos aqui ao lado o centro comunitário, muitas vezes elas dizem “ah, mas eu não gosto daí”, então, o que é que eu posso fazer? [...] a gente vê que muitas vezes eles não querem nem participar, eles querem realmente é medicamento... Quando você começa a tomar os remédios, você se alegra mais e cria mais disposição, né? Aí eu tinha essa disposição pra ir, aí eu fui muito tempo. Aí era palestra, massagem, muita coisa boa mesmo.

Conclui-se, portanto, que os profissionais de saúde da AB já sinalizam um novo olhar frente ao cuidado em saúde mental, o que reflete em sua prática cotidiana. Não se limitam à prescrição medicamentosa como único recurso terapêutico, e sim, buscam fortalecer suas intervenções acionando dispositivos de cuidado na rede assistencial a fim de promover a atenção psicossocial pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A inserção no campo empírico, através da observação sistemática do cotidiano dos serviços em diário de campo e da análise das narrativas dos atores envolvidos com o cuidado em saúde mental, permite tecer algumas considerações no que se refere ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) de usuários da atenção básica e psicossocial.

A ESF se configura como estratégia estruturante do sistema brasileiro de saúde pública e porta de entrada do usuário na rede de serviços do SUS. Sua equipe multiprofissional tem responsabilidade sanitária por seu território adscrito, ou seja, é a equipe de referência no cuidado longitudinal de todos os usuários moradores do referido território em todas as fases do ciclo de vida. Com o intuito de responder a essa grande e diversificada demanda, a ESF se encontra organizada em ações programáticas. Esta realidade exige de seus profissionais saberes e práticas condizentes com várias demandas na área da saúde, dentre elas, a demanda de cuidado no campo da saúde mental. Para responder de forma resolutiva esta demanda, o PTS se constitui como ferramenta importante na gestão do cuidado e, com base no presente estudo, o apoio matricial (AM) promove espaço fértil para sua construção coletiva.

O AM é um arranjo organizativo que se mostra como dispositivo potente a fim de suprir a lacuna de saberes e práticas no campo da saúde mental apresentada na pesquisa pelos profissionais que atuam na AB. O matriciamento se propõe a ser apoio especializado tanto na esfera assistencial quanto suporte técnico-pedagógico aos profissionais que atuam na ESF.

No município de Fortaleza, especificamente na Regional IV, cenário da pesquisa, o AM tem cronograma próprio e está organizado por equipes de profissionais do CAPS que exercem a função de matriciadores. Os dois CSF pesquisados apresentam dinâmicas próprias e entendimentos diferentes quanto à proposta do AM em saúde mental e isso reflete no engajamento das equipes e no desenvolvimento das atividades.

Em um dos CSF, o matriciamento não se efetivou ainda. Até o sétimo mês do ano, quando se concluiu a pesquisa no campo, só haviam se realizado três

encontros e ainda com queixas do atraso dos profissionais matriciadores e da ausência de profissionais médicos e enfermeiros, que estavam em atendimento clínico. Os profissionais do NASF, segundo as entrevistas, eram os profissionais que representavam a equipe da AB nas reuniões do AM.

Enquanto que no outro CSF pesquisado o cenário foi diferente. A unidade se organiza para que no dia do matriciamento todos os médicos, enfermeiros e alguns profissionais do NASF se façam presentes. A equipe de matriciadores também é diferente do CSF anteriormente citado. O que se observa é o engajamento das duas equipes em construir coletivamente intervenções com eixo na integralidade.

O AM cria um espaço fértil para a construção do PTS dos usuários à medida que favorece o agendamento de um turno por mês, exclusivamente para se pensar e discutir interdisciplinarmente saberes e práticas cotidianas que venham a responder de forma resolutiva às demandas em saúde mental. As discussões têm promovido maior compromisso e corresponsabilização por parte dos profissionais com os usuários acompanhados. Apesar das discussões e das buscas de caminhos de intervenção ser em equipe, elas não avançam nesta mesma perspectiva. Após os consensos, são realizados encaminhamentos aos serviços da rede assistencial ou consulta com algum dos profissionais, não dando seguimento na perspectiva interdisciplinar.

Outro aspecto observado no campo e corroborado nas entrevistas diz respeito à participação do usuário na construção do seu plano terapêutico. O usuário participante do AM, logo após ser entrevistado pela equipe, é convidado a se ausentar da sala e aguardar. Neste momento, ocorre a discussão da sua demanda e é decidido pelos profissionais de saúde seu PTS, restando ao mesmo, em seu retorno à sala, apenas decidir se aceita ou não o plano terapêutico construído em sua ausência. Esta dinâmica não reconhece, nem valida a capacidade do usuário de decidir sobre o que seria mais adequado às suas necessidades e interesses. Perde-se uma importante oportunidade de promover autonomia ao usuário do campo da saúde mental. A equipe de saúde acaba por reproduzir a negação de direito que o usuário, não raro, vivencia em família e na comunidade em que habita. Este quadro pode sinalizar uma resposta às queixas dos profissionais de saúde que os usuários, muitas vezes, não seguem o que foi orientado. Porém, falta ao usuário se sentir participante efetivo do processo e só assim se implicar.

A construção do PTS a partir das discussões realizadas pela equipe matriciadora e equipe da ESF esbarrava na dificuldade de vaga em atendimentos especializados, em que a oferta é bem menor que a demanda, e na escassez de atividades voltadas para usuários do campo da saúde mental na AB. As intervenções por mais que fossem discutidas interdisciplinarmente se propunham a uma intervenção com eixo na integralidade, acabavam por reduzir suas ações aos encaminhamentos.

Encaminhar os usuários para atendimentos com profissionais especializados ou para atividades grupais no CAPS é entendido pela equipe como resolubilidade. Esta realidade encontrada revela que no geral o cuidado ainda é pouco resolutivo. O fluxo para atendimento na rede assistencial está comprometido pela pouca oferta de vagas disponíveis e, no próprio território da AB, observa-se a escassez de atividades grupais voltadas para usuários do campo da saúde mental.

A inserção do NASF como apoio à equipe da ESF ainda não se mostrou uma alternativa efetiva para suprir essa lacuna. Mesmo composto por profissionais diversos como psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, na pesquisa, não foram evidenciadas ações coletivas, mas apenas atendimentos individuais no modelo biomédico.

O CAPS organizou o serviço recentemente em consonância com as diretrizes do SUS, que dita que este equipamento deve priorizar suas ações no atendimento a usuários com transtornos mentais graves e severos. Desta forma, cabe aos profissionais da AB promover ações para os usuários com demanda de leve a moderada, sem com isso, esquecer o acompanhamento dos usuários com transtornos graves, visto que é a equipe de referência.

O matriciamento, apesar de ter promovido avanços em um dos CSF, ainda pauta sua atuação mais na perspectiva assistencial e pouco técnico-pedagógica. Isso se reflete na falta de supervisão e suporte às equipes na construção e desenvolvimento de ações coletivas no campo da saúde mental. Na falta de grupos terapêuticos, o cuidado tem se pautado quase que exclusivamente na prescrição de medicamentos, substituindo espaços de escuta e aprendizado.

As discussões de práticas e saberes nas reuniões do matriciamento pelas equipes de profissionais favorecem o esboço de um plano terapêutico, mas que

ainda não é sistematizado. Seria mais resolutivo se as propostas fossem registradas no prontuário do usuário com seus respectivos terapeutas de referência para acompanhamento dos casos. Também se mostra importante para avançar que as equipes promovam o protagonismo e a autonomia dos usuários em todo o processo de construção de seu projeto terapêutico.

Com base na pesquisa, pode-se inferir que a construção do PTS de usuários do campo da saúde mental na AB e psicossocial ainda não é uma realidade no cotidiano dos serviços de saúde. Entretanto, ficou evidenciado que o AM promove espaço fértil para disparar a sistematização do PTS.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2007.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F; SILVA, A.L.A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, p.815-9, 2007.

BARROS, M. M. M. A. **Prática de Saúde Mental em Sobral-CE: O Discurso do Sujeito Coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares**. [Dissertação]. Universidade Estadual do Ceará (UECE), 2009a.

BARROS, M.M.M; CHAGAS, M.I, O; DIAS, M.S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 227-232, 2009b.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do ser Humano - Compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência a Saúde**. Portaria SAS No 147, de 25 de agosto de 1994. Brasília (DF): MS; 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº154 de 24 de janeiro de 2008**. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*, v.14, p.863-70, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), p.393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. de S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, p. 51-67, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev, 2007a.

CAMPOS, G.W.S; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007b.

CECÍLIO, L.C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado em saúde**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, p. 113-26, 2001.

CHIAVERINI, D. H.(Org); GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L.F.; CHAZAN, L.F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DEMO, P. **Conhecimento moderno sobre ética**: intervenção do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A.K.; BRITO, M.; PIMENTA, A.L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & saúde coletiva**. v.14, n.1, p. 129-138., 2009.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **História da Cidade**. Imprensa Municipal. 2006.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Política de Saúde Mental do Município de Fortaleza-CE**. Imprensa Municipal. 2007.

FRANCO, T.B.; O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. (Org.) **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; p.161-98, 2006.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, E.M. Integralidade na Assistência à Saúde: organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. (Org.) **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. SP: Hucitec, p.125-34, 2006.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S.; MERHY, E. E . O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, p 37-54, 2006.

FREIRE, R.C. **As ações programáticas no projeto saúde todo dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado** [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000363518&fd=y>>Acesso em: 22 mai. 11.

FURTADO, J.P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, ano VIII, n.1, p. 109-122, mar, 2005.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GEANELLOS, R. **Explorando a teoria hermenêutica de interpretação de Ricoeur como um método de analisar textos de pesquisa**. Escola de Medicina e Enfermagem, NSW, Austrália, 1999a.

GEANELLOS, R. Hermeneutic interviewing: an example of its development and use as research method. **Contemporary Nurse**, v. 8, jun, 1999b.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a dívida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, p. 37-56, 2006.

JORGE, M.S.B.; RANDEMARK, N.F.R.; QUEIROZ, M.V.O.; RUIZ, E.M. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

JORGE, M.S.B; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Revista Ciência & Saúde**, V.16, N.7, p.3051-3060, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>> Acesso em: 22 nov. 11.

KANTORSKI, L.P; BIELEMANN, V.L.M.; CLASEN, B.N.; PADILHA, M.A.S.; BUENO, M.E.N.; HECK, R.M. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial-CAPS. **Cogitare Enferm**; v.15, n.4, p.659-66, out/dez, 2010.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dívida e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 279-291, 2005.

LINS, C.B.A. **Hospital-dia, subjetividade e relações de poder: um estudo de caso**. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/5.60.1htm>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. Saúde mental no Programa Saúde da Família caminhos e impasses de uma trajetória Necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.25, N.9, p.2033-2042, set, 2009.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B; JORGE, A.O.; COSTA M.A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.9, n.2, p.433-44, RJ, abr/jun, 2004.

MÂNGIA, E.F.; Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.Univ.** São Paulo, v.18, n.2, p. 54-62, maio/ago., 2007.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup.Univ.** São Paulo, v.19, n.3, p. 176-182, set/dez. 2008b.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Out. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 set. 11.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, p. 71-112, 1997.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p.305-315, 1999.

MERHY, E.E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, p. 115-133, 2002.

MERHY, E.E.; ONOCKO-CAMPOS, R. (org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, Ano XXVII, v.27, n.65, set/dez, Rio de Janeiro, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORORO, M.E.M.L. **Cartografia, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2010.

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

OLIVEIRA, W.F., AMARANTE, P.D.C. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em Debate**. V.34, N.85 - abr./jun. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça, p.173, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEREIRA, M.A.O. A Reabilitação Psicossocial no Atendimento em Saúde Mental: Estratégias em Construção. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.15, n.4, julho-agosto, 2007.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes práticos no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, p. 21-36, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO, p. 169-178, 2006.

PINHO, L.B.; KANTORSKI, L.P.; SAEKI, T.; DUARTE, M.L.C.; SOUSA, J.A. integralidade do cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.09, n.03, p.835 -846, 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**: ensaios de hermenêutica II. Tradução Alcino Cartaxo e Maria José Sarabando. Porto: Rés-Editora, 1989.

RICOEUR, P. **O único e o singular**. Tradução Maria Leonor F.R. Loureiro. São Paulo: Editora UNESP; Belém, PA: Editora da Universidade Estadual do Pará, 2002.

SANTOS, R. C. **Saúde Todo Dia**: uma construção coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.1, p.53-61, 2006.

SANTOS, A.M. dos; ASSIS, M.M.A.; RODRIGUES, A.A.A. O.; NASCIMENTO, Maria. Angela. A.; JORGE, Maria Salete B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, AM.; ASSIS, M.M.A., NASCIMENTO, M.A.A., JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-70, 2008.

SARACENO, B. Questões abertas em psicofarmacologia clínica. In: RUSSO, J.; FERREIRA, J. (Orgs.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B (orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000.

SOUSA, M.F. **Agentes comunitários de saúde**: choque de um povo. São Paulo: Hucitec, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde**, v. 9(1), p.25-59, jan/abr, Rio de Janeiro, 2002.

TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.347-62, jul/dez, 2006.

TÓFOLI, L.F. Desinstitucionalização e integralidade no sertão cearense. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, p. 225-238, 2007.

TURRINI, R.N.T.; LEBRÃO, M.L.; CHESTER, L.G.C. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, 24(3), p.663-674, mar, 2008.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Trabalhos Científicos: organização, redação e apresentação**. 2. ed. Revisada e ampliada. Fortaleza: EdUECE, 2005.

VIEIRA FILHO, N.G.; NÓBREGA, S.M.A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Rev. Estudos de Psicologia**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, v.9, n.2, p. 373-379, 2004.

WIKCIONÁRIO. 2012. Disponível em: <<http://pt.wiktionary.org/wiki/Wikcionário>> Acesso em: 13 jan.12.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE.

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOSSOCIAL: Resolubilidade, Corresponsabilização, Autonomia e Cuidados”, que tem como objetivo compreender como se processa o cuidado em saúde mental do usuário na atenção básica e CAPS, quanto à resolubilidade, à corresponsabilização, à autonomia e aos cuidados na construção do projeto terapêutico singular.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre seu tratamento na ESF/CAPS para conversar sobre seu atendimento nos serviços de saúde mental que poderá ser realizada no próprio local de acompanhamento. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu acompanhamento na ESF/CAPS independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa. Contatos com o mestrando Alexandre Melo Diniz, ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Alexandre Melo Diniz

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAOS DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOSSOCIAL: Resolubilidade, Corresponsabilização, Autonomia e Cuidados”, que tem como objetivo compreender como se processa o cuidado em saúde mental do usuário na atenção básica e CAPS, quanto à resolubilidade, à corresponsabilização, à autonomia e aos cuidados na construção do projeto terapêutico singular.

Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia a dia dos serviços, entrevista semiestruturada com questões abertas sobre a sua experiência na atenção à saúde mental sobre o tema “projetos terapêuticos na saúde mental” para aprofundamento da temática.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista sobre o tema relacionado à sua experiência na construção de projetos terapêuticos singulares em saúde mental na própria instituição onde você trabalha. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu vínculo com o serviço ou com o usuário independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para desistirem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com o mestrando Alexandre Melo Diniz ou com a orientadora Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

---

Participante

---

Alexandre Melo Diniz

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

#### Elementos de Referência

- A recepção do usuário ao serviço;
- Acolhimento;
- Demanda espontânea ou encaminhamento (referenciado por qual serviço);
- Como é feita a avaliação para inclusão no apoio matricial e nos serviços do CAPS ;
- Como se dá a prática dos profissionais;
- Como se dão os fluxos dos usuários na ESF e no CAPS;
- Quais são e como são desenvolvidas as atividades terapêuticas ofertadas;
- Como são definidas as categorias profissionais que participam do apoio matricial e da construção do projeto terapêutico singular (PTS) do usuário;
- Há momentos coletivos para a construção do PTS, se sim, como se dão.

## APÊNDICE D

### ROTEIRO DE ENTREVISTA - USUÁRIOS

#### IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Sexo: F ( ) M ( )

Acompanhado pelo (a): ESF ( ) CAPS ( ) Ambos ( )

Tempo de acompanhamento no serviço:

Profissional de referência:

#### 2. PERGUNTAS NORTEADORAS

1 – O que se passou, o que sentiu que te fez buscar ajuda?

2 - A quem você recorreu para te ajudar?

3 - Como você chegou até o serviço (ESF/CAPS)?

4 - Chegando ao serviço, como se deu o processo inicial do tratamento? Conte sua trajetória no serviço.

5 - Foi conversado com você sobre as atividades que passaria no serviço?

6 - Você participa dessa decisão/construção?

7 – Que profissional você recorre geralmente quando vem ao serviço? Como se dá a relação entre vocês?

## APÊNDICE E

### ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS

#### IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Sexo: F ( ) M ( )

Formação profissional:

Função/Cargo:

Local de trabalho:

Tempo de atuação no local de trabalho:

Tempo de atuação na saúde mental:

#### PERGUNTAS NORTEADORAS

- 1 - Como se dá a triagem/ avaliação de usuários ao chegarem ao serviço?
- 2 – Que usuários comumente são encaminhados à sessão do apoio matricial? Como se dá o processo?
- 3 – Fale como se processa o apoio matricial aqui no serviço. (Frequência, duração, que profissionais participam etc)
- 4 - Como se decide quais serviços serão ofertados ao usuário?
- 5 - À medida que é identificada a necessidade de avaliação/acompanhamento do usuário por determinada categoria profissional ou mesmo outro setor, como procede?
- 6 - Existe um momento específico para se pensar coletivamente a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS)?
- 7 - No caso afirmativo, como se dá?
- 8 – Que contribuições o PTS promove no cuidado ao usuário em saúde mental?

## **ANEXOS**

## ANEXO I: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UECE

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOSSOCIAL: Resolubilidade, Corresponsabilização, Autonomia e Cuidados

**Pesquisador:** Alexandre Melo Diniz

**Versão:** 1

**Instituição:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE ))

**CAAE:** 01249112.5.0000.5534

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 17963

**Data da Relatoria:** 30/04/2012

#### Apresentação do Projeto:

O projeto é de natureza qualitativa. Tem como campo empírico o município de Fortaleza que se encontra no litoral norte do estado do Ceará. A pesquisa será realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de modalidade Geral e em uma unidade de saúde da Estratégia Saúde da Família que participe do apoio matricial em saúde mental. Sendo os dois equipamentos situados na SER IV. Os participantes do estudo se comporão por grupos de sujeitos, contemplando usuários e trabalhadores de saúde mental. Sendo estes últimos, aqueles que atuam no cuidado em saúde mental na atenção primária, ou seja, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e aqueles que atuam na atenção especializada, no caso, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da modalidade Geral da regional IV, do município de Fortaleza. Os trabalhadores participantes serão médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Os participantes pesquisados serão divididos em cinco grupos. O Grupo 01 será composto por trabalhadores da ESF, com formação universitária, que trabalham diretamente com o cuidado em saúde mental na atenção primária. O Grupo 02 será composto por profissionais com formação universitária que participam do Apoio Matricial em saúde mental na ESF. O Grupo 03 será composto por profissionais do CAPS Geral com formação universitária que estão envolvidos com a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O Grupo 04 será composto por usuários que trazem demanda de cuidado em saúde mental à ESF, enquanto que o Grupo 05 será composto por aqueles usuários com a mesma demanda, porém que tenham participado especificamente do Apoio Matricial. A coleta das informações se dará através das técnicas de observação sistemática, roteiro de entrevista semi-estruturada e análise documental. Para atender aos objetivos deste estudo, será utilizada a teoria da Hermenêutica de Interpretação de Paul Ricoeur (1989) e do Fluxograma Analisador de Merhy (2002). Critério de Inclusão:

Na composição dos participantes do estudo serão utilizados alguns critérios. Inclusão para os profissionais: ter experiência profissional em saúde mental seja na atenção primária ou especializada, de no mínimo 01 (um) ano e atuar no campo da pesquisa, Regional IV, há pelo menos 06 (seis) meses. Já para os usuários os critérios de inclusão serão: estar em acompanhamento nos serviços de cuidado em saúde mental na ESF da regional IV há pelo menos 01 (um) ano, ter participado do apoio matricial, ser maior de idade, além de apresentar quadro clínico e cognitivo que possibilite sua participação.

Critério de Exclusão: Não aceitação em participar da pesquisa ou falta de disponibilidade no período em que esta etapa da pesquisa for realizada.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender como se processa o cuidado em saúde mental do usuário na atenção básica e CAPS, quanto à resolubilidade, a co-responsabilização, a autonomia e aos cuidados na construção do projeto terapêutico singular.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não apresenta riscos e de acordo com o TCLE a equipe está preparada para minimizá-los. Como benefícios, o estudo possibilitará informações importantes para a implementação do Projeto Terapêutico Singular nos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de suma importância e altamente relevante. O protocolo de pesquisa encontra-se de forma clara e concisa.



**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está elaborado em forma de convite, contempla os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

A folha de rosto está preenchida e assinada adequadamente.

Os instrumentos de coleta de dados está anexado juntamente com os TCLE.

Instrumento de coleta de dados adequado.

**Recomendações:**

Recomenda-se que os instrumentos sejam colocados a parte e que sejam avaliados o período da pesquisa que não está de forma clara.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O tema do projeto é relevante, atende aos ditames das Resoluções 196/96 e 304/200 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

**Situação do Parecer:**

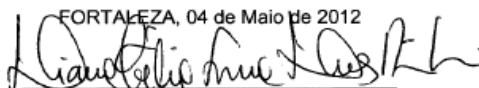
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O protocolo de pesquisa está adequado ao estudo, é relevante e atende aos ditamens da Resolução 196/96 do CNS.

FORTALEZA, 04 de Maio de 2012  
  
Assinado por:  
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO





**ANEXO II: PARECER DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA**Prefeitura de  
**Fortaleza****DECLARAÇÃO**

Processo Nº 42552/2012.

Título do projeto de pesquisa: **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E PSICOCOSSOCIAL: RESOLUBILIDADE, CORRESPONSABILIZAÇÃO, AUTONOMIA E CUIDADOS.**

Pesquisador (a): responsável: **ALEXANDRE MELO DINIZ.**Instituição proponente: **FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – FUNECE.**

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto da pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 28 de março de 2012.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola.

