

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): AS
PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS ad)**

Dissertação de Mestrado

Carlise Cadore

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): AS PERCEPÇÕES DOS
TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
DROGAS (CAPS ad)**

CARLISE CADORE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do
grau de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carmem Lúcia Colomé Beck
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriane Roso

Santa Maria, RS, Brasil

2012

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Cadore, Carlise

Projeto Terapêutico Singular (PTS): as percepções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) / Carlise Cadore.-2012.

85 f.; 30cm

Orientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck

Coorientadora: Adriane Roso

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2012

1. Projeto Terapêutico Singular (PTS) 2. Processo Terapêutico 3. Reforma Psiquiátrica 4. CAPS ad 5. Trabalhadores de Saúde I. Beck, Carmem Lúcia Colomé II. Roso, Adriane III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): AS PERCEPÇÕES DOS
TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS (CAPS ad)**

elaborada por
Carlise Cadore

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Carmem Lúcia Colomé Beck (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Prof^a. Dr^a. Adriane Roso (UFSM)
(Co-orientadora)

Prof^a. Dr^a. Ana Zoé Schilling da Cunha (UNISC)

Santa Maria, 29 de agosto de 2012.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS): AS PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS ad)

AUTORA: CARLISE CADORE
ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK
CO-ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ADRIANE ROSO
Local e Data: Santa Maria, 29 de agosto de 2012.

Os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil desencadearam transformações teóricas e práticas no modelo de atenção em saúde mental. Essas transformações possibilitaram a ampliação da concepção do processo saúde/doença, a criação de políticas públicas, a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, entre eles os CAPS e a elaboração de novas estratégias de intervenção em saúde. Assim sendo, tais mudanças propõem uma série de desafios à prática dos trabalhadores nos serviços de saúde, principalmente no que se refere ao atendimento e cuidados às pessoas em sofrimento psíquico, utilizando-se como arcabouço as premissas dos campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental. Então, o objetivo geral da presente pesquisa foi descrever e analisar como os trabalhadores de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), constroem, propõem e conduzem os processos terapêuticos dos usuários no referido serviço. Interessou-nos, especialmente, compreender nesse processo a forma como ocorre a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Nessa perspectiva, considerando-se que o processo terapêutico realizado em um CAPS é resultante das concepções e modos de atuação dos diferentes trabalhadores que compõe a equipe de tais serviços, justificou-se a escolha do tema pela necessidade de descrever e analisar as ações de saúde desses trabalhadores como forma de problematizar sua prática, apontar os impasses e dificuldades na construção e condução dos processos terapêuticos, bem como assinalar possíveis soluções a tais questões. Assim, foi realizada uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com sete trabalhadores de diferentes especialidades que atuam no CAPS ad. A análise dos dados foi realizada de acordo com a Análise Temática proposta por Minayo. Os resultados encontrados demonstram que as concepções dos trabalhadores em relação ao processo terapêutico estão em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da atual Política de Saúde Mental e que a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), de modo geral, ocorre de acordo com a proposta do Ministério da Saúde. Apostamos que o PTS poderia ser utilizado no serviço pesquisado enquanto uma estratégia de produção de cuidado em saúde.

Palavras-chave: Reforma Sanitária; Reforma Psiquiátrica; CAPS ad; Trabalhadores de saúde; Processo terapêutico; Projeto Terapêutico Singular; Pesquisa-qualitativa.

ABSTRACT

Master's Thesis

Postgraduation Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT (STP): PERCEPTIONS OF WORKERS IN A PSYCHOSOCIAL ALCOHOL AND DRUGS CARE CENTER (CAPS ad)

AUTHOR: Carlise Cadore

ADVISOR: PROF^a. DR^a CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

CO-ADVISOR: PROF^a. DR^a. ADRIANE ROSO

DATE AND PLACE: Santa Maria, August 29, 2012.

The Health and Psychiatric Reform movements in Brazil triggered transformations in theoretical and practical model of mental health care. These changes enabled the expansion of the concept of health / disease process, the creation of public policies, the implementation of a network of services replacing psychiatric hospitals, including the CAPS and the development of new strategies for health intervention. Therefore, these changes suggest a series of challenges to the practice of workers in health services, especially with regard to care and care for people in psychological distress, using as a framework the assumptions of the fields of Public Health and Mental Health. So the overall goal of this research was to describe and analyze how health workers of a Psychosocial Alcohol and Drugs Care Center (CAPS ad), build, lead and propose therapeutic processes of users in that service. It interested us especially to understand how in this process the development of Singular Therapeutic Projects (STP) occurs. From this perspective, considering that the therapeutic process is conducted in a CAPS resulting from conceptions and modes of action of different workers who make up the staff of such services, justified the choice of the theme by the need to describe and analyze the actions of these health workers as a way to discuss their practice, pointing out the obstacles and difficulties in the construction and conduct of therapeutic processes, as well as point out possible solutions to these issues. Thus, an exploratory-descriptive survey was conducted, with qualitative approach. For data collection, interviews were conducted semi-structured with seven workers of different specialties working in CAPS ad. Data analysis was performed according to thematic analysis proposed by Minayo. The results demonstrate that the conceptions of workers in relation to the therapeutic process are consistent with the principles and guidelines of the Psychiatric Reform and the Current Mental Health Policy and the construction of the Singular Therapeutic Project (STP), generally occurs according to the proposal of the Ministry of Health. We believe that STP could be used in the searched service as a production strategy of health care.

Key words: Health Reform; Psychiatric Reform; CAPS ad; Health Workers; Therapeutic process; Therapeutic Project Singular; Qualitative Research.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 REVISÃO TEÓRICA	11
1.1 Contextualização histórica dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica	11
1.2 A Reforma Sanitária e o campo da Saúde Coletiva	13
1.3 A Reforma Psiquiátrica e o campo da Saúde Mental	17
1.4 As práticas em Saúde Mental: do modelo asilar ao modelo psicossocial	22
1.5 O Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma nova estratégia de intervenção em saúde	26
2 MÉTODO	30
2.1 Tipo de estudo	30
2.2 Cenário de estudo	31
2.3 Participantes do estudo	31
2.4 Técnica de coleta de dados	32
2.5 Organização e análise dos dados	33
2.6 Aspectos Éticos	34
3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
3.1 Dos entrelaçamentos históricos às concepções dos trabalhadores em relação ao CAPS ad e ao processo terapêutico	36
3.2 A construção do processo terapêutico e a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia de produção de cuidado no CAPS ad	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	82

INTRODUÇÃO

O presente estudo surge em decorrência das inquietações teóricas-práticas das pesquisadoras, em suas vivências no cotidiano pessoal e profissional. As inquietações e reflexões durante o Estágio Curricular da Graduação em Psicologia, realizado pela autora desse estudo em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), bem como a experiência em supervisão nesse âmbito da orientadora foram matéria bruta para elaborar questionamentos, especialmente no que se referem aos desafios da prática dos trabalhadores de saúde para a consolidação de um novo modelo de atenção em saúde mental, baseados nas diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Algumas das indagações, recorrentes em nossa experiência tanto de estágio em um CAPS ad quanto de outras experiências no campo da saúde, balizaram a elaboração da proposta desta pesquisa. Dentre elas destacamos: o que se faz necessário para que os trabalhadores, em sua prática nos serviços de saúde mental, atuem de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do SUS? Como são definidas as intervenções que compõe o processo terapêutico dos usuários do CAPS? Há espaço para a construção compartilhada do processo terapêutico, na qual, os saberes dos trabalhadores de diferentes especialidades, do usuário e dos familiares sejam considerados? Nessa construção, é contemplada a singularidade de cada usuário? Ou os trabalhadores acabam por reproduzir o modelo médico-psiquiátrico, manicomial e prescritivo, com foco na “doença mental” e não no sujeito concreto e na produção de saúde, o que acaba por colocar o usuário em uma posição passiva perante a instituição, sua condição subjetiva e sua própria vida?

Feitas essas considerações, o tema da presente pesquisa corresponde ao modo como os trabalhadores, de diferentes especialidades, atuantes em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, constroem, propõe e conduzem os processos terapêuticos dos usuários em atendimento no referido serviço. Interessa-nos, especialmente, compreender, nesse processo, a forma como ocorre a elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (BRASIL, 2007, 2009).

Para fins dessa pesquisa, está sendo utilizada a denominação processo terapêutico em lugar de tratamento. Essa escolha se deu como forma de superar o modelo tradicional de atenção em saúde mental – baseado no princípio doença-cura, que compreende o processo saúde/doença/intervenção sob a uma ótica predominantemente orgânica, centrado no hospital e que tem como foco estratégias em torno da sintomatologia (YASUI e COSTA-ROSA,

2008). Nessa via, pretende-se contribuir para a construção de um novo entendimento em relação às estratégias de intervenção em saúde, com vistas a substituir o modelo tradicional por um novo, consoante com os pressupostos teóricos, epistemológicos e práticos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental.

Sob essa perspectiva, entendemos por processo terapêutico, a trajetória percorrida e as atividades realizadas pelo usuário, desde sua entrada até a saída do serviço de saúde mental e o atendimento e cuidado ofertado, pelos trabalhadores da equipe do CAPS, ao usuário em sofrimento psíquico. Os elementos que compõe o processo terapêutico correspondem à dimensão política, na qual são contempladas ações de cunho social, como reinserção social, cidadania, autonomia e a dimensão clínica, que se refere às intervenções e ações terapêuticas, na qual são considerados elementos da singularidade do usuário, vínculo terapêutico, escuta, com vistas a promover saúde mental. Destaca-se que as atividades tais como oficinas, grupos terapêuticos, consultas clínicas, psiquiátricas e psicológicas, realizadas pelo usuário em atendimento no CAPS, são consideradas parte de seu processo terapêutico.

Nessa via, destaca-se que as diretrizes atuais no campo da Saúde Mental vêm apontando para a necessidade da criação de novas estratégias de intervenção em saúde que possibilitem mudanças nos modelos de atenção e de gestão das práticas nos serviços de Atenção Psicossocial, as quais tenham como eixo central a participação ativa e o protagonismo do usuário no seu processo terapêutico. Então, apoiados nas contribuições de Oliveira (2007a), apostamos que o dispositivo Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL 2007, 2009) pode servir de ferramenta “capaz de provocar processos de reflexão/ação nos trabalhadores de saúde abrindo possibilidades destes repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos” (OLIVEIRA, 2007a, p. 59).

Além disso, faz-se necessário sublinhar que se aposta que a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (BRASIL, 2007, 2009) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pode servir como um dispositivo para a (re)orientação do trabalho dos trabalhadores de saúde mental. Nesse sentido, entende-se que a utilização de tal estratégia no processo terapêutico ofertado nos serviços de Atenção Psicossocial, permitiria a organização e integração das equipes de saúde, constituindo-se numa proposta que visa práticas que superem o tradicional modelo médico-centrado e hospitalocêntrico, ampliando a perspectiva de intervenção com foco na doença e remissão de sintomas para ações que possibilitem produção de saúde.

Considerando-se que o processo terapêutico realizado em um CAPS é resultante das concepções e modos de atuação dos diferentes trabalhadores que compõe a equipe de tais serviços, justifica-se a escolha do tema pela necessidade de descrever e analisar as ações

desses trabalhadores como forma de problematizar sua prática, e assim, apontar os impasses e dificuldades na construção e condução dos processos terapêuticos destinados aos usuários dos serviços de Atenção Psicossocial, bem como assinalar para possíveis soluções a tais questões. Isto se faz relevante, pois, em função das transformações ocorridas na estrutura organizacional, na gestão e na política que norteiam os CAPS, os trabalhadores defrontam-se com diversas exigências para a consolidação de um novo modelo de atenção em saúde mental, baseado nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Entre essas exigências está a construção de Projetos Terapêuticos Singulares - PTS (BRASIL, 2007, 2009).

Então, a relevância que se dá a temática desse estudo diz respeito à necessidade de problematizar a prática dos trabalhadores para que o processo terapêutico seja orientado pelo usuário do serviço e seus familiares, em contraposição a propostas e dispositivos que, muitas vezes, mantêm o usuário do CAPS na condição de alienado, normatizado, apartado das decisões sobre seu próprio processo terapêutico, cabendo à instituição definir o que é “melhor” para o usuário. Isso nos leva a entender que a contribuição dessa investigação se dá no sentido de possibilitar uma análise das práticas dos trabalhadores do CAPS, com vistas a construir conhecimentos que os auxiliem na qualificação de suas ações.

Tendo em vista as considerações apresentadas anteriormente, é que se construíram os objetivos deste estudo. O objetivo geral é descrever e analisar como os trabalhadores de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), constroem, propõem e conduzem os processos terapêuticos dos usuários do referido serviço.

A partir desse objetivo foram desmembrados os seguintes objetivos específicos: (a) conhecer as finalidades do processo terapêutico dos usuários do CAPS ad, a partir das concepções e experiências dos trabalhadores de saúde; (b) compreender como são definidas e conduzidas as ações e intervenções do processo terapêutico dos usuários do serviço; e (c) averiguar quais são as facilidades e dificuldades presentes no cotidiano dos trabalhadores de saúde na construção e condução dos processos terapêuticos.

A parte que concerne à revisão teórica foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro capítulo trata da contextualização histórica dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. No segundo, desenvolvemos a Reforma Sanitária e o campo da Saúde Coletiva. No terceiro, especificamos a Reforma Psiquiátrica e o campo da Saúde Mental. No quarto, apontamos as diferenças entre os dois modelos de práticas em saúde mental – modo asilar e modo psicossocial. No último, entramos no foco temático deste estudo que é o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma nova estratégia de intervenção em saúde. Após

a revisão, apresentamos o método para, em seguida, apresentar os dados e discuti-los. E para finalizar, traçamos algumas considerações finais acerca da presente pesquisa.

1 REVISÃO TEÓRICA

A fim de contextualizar o cenário no qual se insere essa pesquisa, serão destacados alguns aspectos relativos aos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileiros, objetivando apresentar as principais construções, concepções e princípios oriundos de tais movimentos e que conformaram o que se denomina de campos de saberes e práticas da Saúde Coletiva e da Saúde Mental. Além disso, serão apresentadas as características dos dois modelos de atenção, o modo psicossocial e o modo asilar, que estão presentes nas práticas em saúde mental. E, por último, sublinhamos a construção do Projeto Terapêutico Singular enquanto uma importante estratégia de intervenção e organização das práticas de cuidado em saúde mental, alinhadas aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 Contextualização histórica dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica

Pode-se dizer que as reformas anteriormente mencionadas percorreram um longo caminho de transformações epistemológicas, políticas e institucionais, as quais promoveram mudanças significativas no contexto de assistência à saúde do país, com destaque para a criação e implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atual Política de Saúde Mental.

Disso decorre a necessidade de se realizar uma aproximação entre os pressupostos teóricos e técnicos dos campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, dando visibilidade à interface entre os mesmos, já que a Política de Saúde Mental e os serviços de Atenção Psicossocial, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são partes integrantes do SUS.

Além disso, os movimentos reformistas tiveram origem no mesmo momento histórico de lutas sociais, com vistas a garantir direitos aos cidadãos e desencadearam a reformulação do modelo de atenção à saúde. Contudo, faz-se necessário para a efetivação e consolidação dos pressupostos do SUS e da Reforma Psiquiátrica que se criem novas formas de produzir saúde e de compreender o fenômeno saúde/doença. Assim, se entende ser importante problematizar as práticas dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde mental e também apontar para dispositivos de trabalho em saúde que possibilitam formas de intervenção que

rompam com paradigmas que, tradicionalmente, dominaram ou dominam as ações em saúde, como o caso do modelo médico-centrado e hospitalocêntrico.

Seguindo essa perspectiva, Onoko-Campos e Furtado (2006), apontam a necessidade de se realizarem pesquisas, com vistas à produção de conhecimento para a qualificação das ações em saúde mental, ressaltando que permanece incipiente o desenvolvimento de investigações que articulem o campo da Saúde Coletiva e o campo da Saúde Mental. Os autores consideram que esta é uma área de grande relevância social e destacam que a realização da interlocução entre esses dois campos poderia oferecer um avanço significativo para ambos. Nesse sentido, evidenciam que

a efervescência da última década, representada pelos debates e efetivas transformações no âmbito da saúde mental no Brasil, vem ocorrendo com restrito acompanhamento, elaboração e contribuição instrumental por parte do pensamento da saúde coletiva. Ainda que pertençam a um movimento de raízes comuns, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica seguiram caminhos paralelos na última década, esboçando uma certa distância disciplinar entre os dois campos (ONOKO-CAMPOS e FURTADO, p.1054).

Nessa via, considerando a fertilidade em realizarem-se pesquisas que promovam discussões baseadas no arcabouço teórico dos campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental e realizando uma interlocução entre esses dois campos, faz-se necessário o desenho do percurso da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Realizar esse percurso torna-se fundamental para que se situem os referidos campos de conhecimentos e práticas, especialmente no que se refere à maneira como eles permitiram a ampliação da concepção do processo saúde/doença, a criação de políticas públicas e a elaboração de novas estratégias de intervenção em saúde.

Dessa forma, julga-se importante destacar as origens dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Para tanto, se retorna ao processo de redemocratização que ocorreu no Brasil, na década de 70. A organização desses movimentos se deu ainda na época da ditadura militar brasileira e tomou força a partir do período de abertura política, por meio da articulação de vários movimentos sociais que lutavam por liberdade, igualdade e democracia (ONOKO-CAMPOS e FURTADO, 2005).

Em decorrência de tais movimentos, podem-se apontar alguns marcos decisivos para a organização das políticas públicas no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental: a VIII Conferência Nacional de Saúde a qual influenciou, decisivamente, na formulação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS); o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) o qual originou, posteriormente, o Movimento da Luta Antimanicomial; a I

Conferência Nacional de Saúde Mental; a II Conferência Nacional de Saúde Mental, culminando com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual consolidou a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 e influenciou decisivamente na estruturação da rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (HIRDES, 2009).

É importante sublinhar que as transformações desencadeadas por tais movimentos vão além de uma reestruturação e reformulação dos sistemas e serviços de saúde. Estas apontam para mudanças nos modelos de atenção à saúde, tanto em relação às proposições teóricas, como também em relação às propostas técnico-assistenciais que sustentam a prática dos profissionais que atuam no SUS. Além disso, as reformas defendem transformações em relação à equidade e integralidade na atenção a saúde e à participação dos usuários e trabalhadores no processo de atenção e gestão da saúde (MORAIS et al., 2009).

Além disso, vale destacar que os campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental se apóiam em definições ampliadas do processo saúde/doença. Assim, a Reforma Sanitária rompeu com a referência à doença, concebendo a saúde como um estado que envolve fatores físicos, psíquicos, econômicos, culturais e ambientais. Assim também, a Reforma Psiquiátrica buscou por uma definição de sanidade, que não tivesse como referência primordial a patologia sob a ótica médico-psiquiátrica (OLIVEIRA, 2008a).

1.2 A Reforma Sanitária e o campo da Saúde Coletiva

Para se compreender as transformações ocorridas no modelo brasileiro de atenção à saúde, há um marco histórico decisivo para a efetivação das reformas em saúde e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS): a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano de 1986. Nessa conferência, foram aprovadas as diretrizes para a organização do Sistema Nacional de Saúde, as quais foram posteriormente aprovadas pela nova Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que prevê a saúde como um direito de todos e um dever do estado.

As diretrizes formuladas na VIII Conferência serviram como sustentação para os princípios do SUS: universalidade; integralidade; equidade; a regionalização e a hierarquização da rede, das ações dos serviços de saúde; a participação e o controle social; a descentralização da saúde. O processo de implementação do SUS foi regulamentado com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8080/90, complementada pela Lei 8142/90 e tem

como elemento central a descentralização das ações e serviços de saúde, a atenção integral ao usuário do sistema e estratégias de controle social (VASCONCELOS e PASCHE, 2009).

Com efeito, nota-se que uma realização importante desse processo foi a incorporação, ao texto da Constituição Federal de 1988, de uma concepção ampliada de saúde e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, com vistas a suplantarem o paradigma dominante de foco na doença, principalmente em relação às dimensões biológica e individual.

Assim, ao ampliar o entendimento sobre a produção da saúde, a Reforma Sanitária e a implementação do SUS apresentam desafios consideráveis ao sistema público de saúde, exigindo dos profissionais e gestores, novas concepções e modos de operar em saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2009) e constantes reformulações no processo de trabalho em saúde, com vistas a realizar práticas que articulem os serviços, as ações e os conhecimentos das diversas profissões que atuam no SUS, sem desprezar os saberes dos familiares e usuários do sistema.

Nesse contexto, é importante destacar que o SUS surge como um produto da Reforma Sanitária. Essa reforma é advinda do movimento sanitário, o qual se constituiu como um campo de saber e um movimento ideológico, político e social que propôs “novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde” (VASCONCELOS e PASCHE, 2009, p. 532).

O SUS pode então ser definido como “o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte a efetivação da política de saúde no Brasil e traduz, em ação, os princípios e diretrizes desta política” (p. 531). Além disso, ele compõe um sistema complexo que possui a responsabilidade de articular ações de promoção de saúde, prevenção, cura e reabilitação (VASCONCELOS e PASCHE, 2009).

É justo sublinhar que a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu após um longo processo percorrido pelo movimento da Reforma Sanitária e pela constituição do campo da Saúde Coletiva. Destacamos que a Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva propõem a reformulação das ações em saúde, a partir da ampliação do entendimento do processo saúde/doença para além do componente biológico, incorporando questões subjetivas e sociais (MASSUDA, 2008).

Para Campos (2000), a saúde coletiva deve ser entendida como parte do campo da saúde. Nessa via, demarca que a saúde coletiva pode ser vista como um núcleo, isto é, como uma aglutinação de conhecimentos e práticas. Assim sendo, cumpre as funções de oferecer “apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/doença/enfermidade/intervenção; e talvez seu traço

mais específico, a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças” (p. 225). Dessa forma, o autor defende que todas as profissões de saúde, de alguma forma, deveriam considerar e utilizar elementos da saúde coletiva ao desenvolverem suas práticas. Enfatiza ainda que a missão da saúde coletiva “seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para a mudança do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral” (p.225).

Nessa perspectiva, a Saúde Coletiva surge como uma crítica ao modelo da Saúde Pública e às tradicionais práticas em saúde fundamentadas no modelo hospitalocêntrico e médico-centrado. Propõe uma ampliação no modo de conceber os processos envolvidos na produção da saúde, visando superar a leitura e intervenção realizada pelo modelo da medicina e do naturalismo médico. Desta forma, o postulado fundamental da Saúde Coletiva assenta-se sobre a ruptura com os discursos biológicos e medicalizantes em relação ao campo da saúde, considerando que a problemática saúde/doença é complexa e carece de explicações que transcendam o modelo biomédico. Introduce-se, dessa forma, uma perspectiva que relativiza o discurso biológico, negando que estes detenham o monopólio sobre os saberes e práticas em saúde, incluindo então, outras disciplinas e profissões no contexto da atenção a saúde (BIRMAN, 2005).

Nesse sentido, este autor destaca que o campo da Saúde Coletiva é essencialmente multidisciplinar e congrega uma variedade de discursos teóricos, no qual não há relação hierárquica ou valorativa. Aponta que o discurso biológico tem um valor fundamental no campo da saúde, porém o lugar de tal discurso não deve implicar em uma posição de supremacia em relação aos outros discursos. Assim, podemos entender o campo da Saúde Coletiva como um “mosaico”, ou seja, como um conjunto constituído por partes separadas, mas que se aproximam de acordo com a necessidade de intervir e compreender problemas de saúde que extrapolam os limites de um dado campo disciplinar, exigindo que se criem arranjos interdisciplinares. Disso decorre que o campo da Saúde Coletiva se compõe como amplo e diversificado, o que reflete a própria concepção ampliada de saúde (NUNES, 2009).

Assim, pode-se dizer que a Saúde Coletiva se configura como um campo de saber e de práticas interdisciplinares. Dessa forma, a Saúde Coletiva produz conhecimentos em relação à saúde, contempla a ação de diversos campos disciplinares, com diferentes olhares sobre a saúde e agrega distintas organizações e instituições nas quais operam diversos agentes.

Portanto, concebida como campo de conhecimento,

a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309).

E, enquanto âmbito de práticas

a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais e como atividades, intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309).

Diante do exposto, evidenciam-se os desafios teóricos e práticos para o desenvolvimento de ações que se baseiam nos pressupostos da Saúde Coletiva. Dentre eles, podem-se destacar as discussões referentes ao objeto e à finalidade das práticas em saúde, bem como os instrumentos de trabalho dos profissionais que atuam nesse campo. Nessa via, emergem algumas questões que dizem respeito ao modo como os trabalhadores realizam, em seu cotidiano nos serviços de saúde, uma aproximação entre as diretrizes do SUS, da Saúde Coletiva e da prática que realizam. Além disso, o que se faz necessário para que as ações em saúde não tomem como referência o modelo médico-centrado hegemônico, que tem como objeto a doença? Quais são as principais dificuldades para que se realizem práticas inovadoras em saúde, que levem em consideração um sujeito biopsicossocial? Como agregar os conhecimentos das diversas disciplinas que se propõem trabalhar no contexto da saúde? Como realizar ações que articulem os diversos setores da saúde, com vistas a atender as necessidades de saúde de um sujeito integral? E por fim, como se produz saúde?

Tais questões são levantadas, pois se sabe que as transformações ocorridas no modelo de atenção à saúde e nas premissas em relação ao processo saúde/doença, através do movimento da Reforma Sanitária (constituição do campo da Saúde Coletiva e incorporação aos textos legais), não asseguram que as práticas em saúde estejam ocorrendo em conformidade com os pressupostos teóricos, epistemológicos e políticos da Saúde Coletiva. Transpor para o contexto das ações em saúde o arcabouço da Saúde Coletiva é um desafio a ser superado.

1.3 A Reforma Psiquiátrica e o campo da Saúde Mental

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado na década de 70, acompanhou o desenvolvimento do movimento da Reforma Sanitária em nosso país. Os dois movimentos têm em comum a luta por um novo modelo de atenção, novas formas de intervir nas questões de saúde, apontando para a complexidade do fenômeno saúde/doença e assumindo uma ruptura com o paradigma médico e hospitalar. Além disso, são marcados por movimentos sociais e políticos que desencadeiam a construção de um sistema de gestão e atenção em saúde que tem como finalidade produzir saúde, cidadania, autonomia, reinserção social e práticas que conjuguem a participação dos usuários como protagonistas em seu processo terapêutico.

A Reforma Psiquiátrica é um processo que vem se desenvolvendo desde longa data e configurou transformações gradativas em relação à concepção de adoecimento psíquico e ao modo de compreender, intervir, tratar e se relacionar com o esse sofrimento (TAVARES e SOUSA, 2009). É compreendida como um conjunto de transformações nas ações, saberes, valores culturais e sociais em relação à doença mental e é no cotidiano das instituições de saúde e das relações interpessoais que o movimento da Reforma avança, mas não sem tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Embora o processo da Reforma Psiquiátrica tenha iniciado na época do movimento da Reforma Sanitária, tal processo possui uma trajetória própria e está inscrito em um contexto de superação de uma lógica manicomial e hospitalocêntrica e de um modelo psiquiátrico tradicional de atenção as pessoas em sofrimento psíquico. Com efeito, o processo da Reforma Psiquiátrica é maior que a formulação de políticas públicas e a criação de novas instituições de saúde extra-hospitalares, substitutivas ao manicômio (BRASIL, 2005).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, ao questionar o tradicional paradigma biomédico e hospitalocêntrico, centrado no saber hegemônico da Psiquiatria em relação à forma de conceber e tratar a loucura promoveu uma série de transformações que abriram espaço para a constituição de novas formas de abordar a doença mental, bem como para a criação de novos modelos de assistência e cuidados aos portadores de sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica, baseada na desinstitucionalização do adoecimento psíquico, busca uma inversão do modelo assistencial, passando de uma atenção direcionada ao modelo hospitalar e/ou asilar para uma atenção de viés psicossocial, que privilegia a reocupação do espaço social pelo sujeito que sofre. Na busca da inversão do modelo, o caminho percorrido no Brasil assinala alterações

significativas na atenção, ao mesmo tempo em que delinea embates e aponta entraves para a fluidez do processo (TAVARES e SOUSA, 2009, p. 253)

Nessa perspectiva, aponta-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica representa uma proposta que vai além da criação e implementação de novos serviços e dispositivos destinados ao tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico. Dessa forma, faz-se necessário a produção de novos olhares e formas de se relacionar e compreender o “doente mental” e o processo saúde/doença, rompendo com formas de tratamento que tenham como objeto a doença mental (ONOKO-CAMPOS e FURTADO, 2005; AMARANTE, 2007).

Interessa destacar que um dos pilares da Reforma Psiquiátrica, destacados por Onocko-Campos e Furtado (2005), é a luta pela desinstitucionalização. Assim sendo, o movimento reformista brasileiro buscou suplantando as precárias condições de assistência a que estavam submetidos os pacientes psiquiátricos em instituições de internação, como também proporcionar mudanças nos modelos de atenção em saúde mental, na ótica de compreensão e nas práticas tradicionalmente centradas no manicômio.

Seguindo esse viés, sublinha-se que os preceitos da desinstitucionalização que balizaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira foram inspirados na reforma da assistência em saúde mental ocorrida na Itália, chamada de “Psiquiatria Democrática Italiana”. Esse movimento que teve como expoente Franco Basaglia promoveu a desconstrução do aparato manicomial, com a extinção de instituições psiquiátricas de internação e a criação de uma rede de dispositivos substitutivos ao manicômio, alocados no território (AMARANTE, 1995; 2007).

No entanto, tal proposta de desinstitucionalização não deve ser confundida com desospitalização ou fechamento dos manicômios (AMARANTE, 1996, 2003). As críticas ao modelo asilar como única forma de resposta à doença mental, ao “doente mental” e à situação em que se encontravam os internos foi a principal bandeira da Reforma em seu início. Porém, o processo se expande com a criação uma rede de serviços públicos, balizados pelo SUS, com o objetivo de substituir a lógica manicomial. “Afinal, não basta fechar o manicômio, é preciso haver pessoas e equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações bem como os novos pacientes na comunidade” (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2005, p. 111).

Nesse sentido, Hirdes (2009, p. 299) aponta que o “termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território”. Acrescenta que a desinstitucionalização possui um sentido que vai além de deslocar o foco de

atenção do hospício para a comunidade, assim como do desmonte do aparato psiquiátrico. Desinstitucionalizar perpassa um rompimento com a forma de lidar com a loucura, no sentido de produzir espaços de contato efetivo com os sujeitos em sofrimento psíquico em sua existência global, não referida exclusivamente à doença mental.

Levando isso em conta, percebe-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a criação da rede de serviços de atenção em saúde mental foram fortemente influenciados pelo paradigma da desinstitucionalização. Além disso, destaca-se que as ações no campo da Saúde Mental, para que operem pela via da desinstitucionalização, requerem que os trabalhadores da saúde considerem tais pressupostos em sua prática junto aos usuários dos serviços, deslocando a ênfase no processo de cura e em torno da doença mental, para a invenção e produção da saúde (HIRDES, 2009).

Com efeito, a Reforma Psiquiátrica é entendida como um

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005, p. 6).

Esse processo percorreu a trajetória desde a crítica à estrutura asilar, a antipsiquiatria e o movimento antimanicomial, passando pelo paradigma da desinstitucionalização e desencadeou na formulação das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil e na criação de serviços substitutivos ao modo asilar e da composição do campo da Saúde Mental e do modelo de Atenção Psicossocial, evidenciado na própria nomeação dos novos serviços substitutivos ao manicômio, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

Nesse panorama, faz-se necessário destacar o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Tal movimento é considerado um importante e fundamental ator social para o processo da Reforma Psiquiátrica em nosso país (AMARANTE, 1995). Tem seu início no final dos anos de 70 e posteriormente deu origem ao Movimento da Luta Antimanicomial. A luta “Por uma sociedade sem manicômios”, lema do Movimento Antimanicomial, toma força na década de 1980, momento em que usuários e familiares unem-se aos trabalhadores de Saúde Mental para promover um questionamento junto a sociedade referente à exclusão social da loucura. Além disso, protagonizou a denúncia a violência dos

manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia da rede privada de assistência psiquiátrica vigente no país, configurando-se em um movimento social coletivo de luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos do país, de crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Esse movimento deflagrado pelo MTSM e percorrido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira foi consolidado com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (10.216/2001) e promoveu um avanço em relação às tradicionais formas de tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico. A Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2001), dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais graves e privilegia o tratamento em serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de base territorial e comunitária, fora dos muros das instituições asilares.

No mesmo ano de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, acontece a III Conferência de Saúde Mental, na qual são pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a transformação da atenção em saúde mental no país. Ademais, a III Conferência é considerada um marco para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois em função de sua realização, a Reforma é concretizada como política do governo, os CAPS foram considerados estratégicos para a mudança no modelo de atenção, ocorre a construção de uma política de saúde mental para usuários de álcool e drogas e o controle social é defendido forma de garantir o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Assim, é a III Conferência, através de uma expressiva participação dos movimentos sociais, de usuários e familiares que subsidia politicamente e teoricamente a política de saúde mental no país (BRASIL, 2005).

Outro marco para o avanço da Reforma Psiquiátrica foi a criação, em 2002, da Portaria 336 do Ministério da Saúde. Essa portaria define que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem um valor estratégico na efetivação da política de saúde mental, pois eles devem funcionar como organizadores da rede de saúde mental, substitutiva ao hospital psiquiátrico, num determinado território.

De acordo com a Portaria 336 (BRASIL, 2004a), os CAPS são instituições destinadas a acolher crianças, adolescentes e adultos em sofrimento psíquico severo, ou seja, psicoses, neuroses graves e também em sofrimento psíquico devido ao uso e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas. Devem buscar estimular a integração social e familiar; apoiar iniciativas de autonomia e inserção social, através do acesso ao trabalho, lazer, cultura, exercício de direitos civis; oferecer atendimentos (psicológicos e médicos) adequados à demanda de tais usuários, incluindo diversos dispositivos clínicos, como grupos, oficinas, atividades de lazer, etc.

A finalidade principal dos CAPS é integrar os sujeitos “a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ‘território’, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares” (BRASIL, 2004a, p.9).

Acrescenta-se ainda como função dos CAPS (BRASIL, 2005): prestar atendimento clínico diário às pessoas em sofrimento psíquico, a fim de evitar as internações hospitalares; realizar ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de atenção em saúde mental; dar suporte as ações de saúde mental na atenção básica e preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Nesse sentido, “o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (p. 26).

Cabe aqui destacar as funções e especificidades dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad). Esses serviços devem oferecer atendimento em regime de atenção diária, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, para usuários cujo sofrimento psíquico decorre do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Além disso, devem oferecer um planejamento terapêutico numa perspectiva individualizada de evolução contínua; possibilitar intervenções preventivas com vistas a minimizar a influência dos fatores de risco para o uso de drogas e que busquem diminuir o preconceito ao dependente químico; promover ações dentro da lógica de redução de danos, não tendo a abstinência como única meta viável e possível aos usuários; proporcionar acolhimento e cuidado aos familiares; promover a reinserção social, fazendo uso dos recursos da comunidade (BRASIL, 2004a).

Seguindo esse viés, é importante mencionar a Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004b). Esta política foi proposta pelo Ministério da Saúde, aliada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, e surge em função da necessidade de afirmar o uso de álcool e drogas como um grave problema de saúde.

A política propõe a superação da abordagem tradicional – médica e psiquiátrica – em relação à problemática envolvendo a dependência de substâncias psicoativas, indicando a necessidade de ações ampliadas em que sejam utilizados diferentes saberes e aportes teórico-técnicos. Nesse sentido, a Política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas tem como princípios fundamentais a redução de danos, a intersetorialidade, a atenção integral, a prevenção, a promoção e proteção a saúde dos consumidores de álcool e outras drogas.

É interessante perceber que as mudanças desencadeadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica permitiram a inserção de novos saberes e práticas no campo da Saúde Mental e no cotidiano dos serviços de Atenção Psicossocial. Dessa forma, o campo da Saúde Mental é marcado pela presença do trabalho multiprofissional e interdisciplinar e agrega diversos

dispositivos de tratamento, assim como uma pluralidade de discursos e saberes oriundos dos diferentes trabalhadores de saúde que atuam no SUS e nos serviços de saúde mental. É importante destacar a inclusão do discurso e do saber do paciente, formando um campo plural e heterogêneo em que esses discursos se entrecruzam (RINALDI, 2006).

Além disso, essas considerações nos levam a refletir sobre as ações das equipes de saúde e a organização dos serviços de Atenção Psicossocial e aqui nos interessa, principalmente os CAPS: nas práticas desses trabalhadores como são contempladas, na construção dos processos terapêuticos, a dimensão política (reinserção social, cidadania, autonomia) e a dimensão clínica (intervenções terapêuticas, escuta, vínculo terapêutico, singularidade) da atenção psicossocial? Qual o objetivo ou finalidade do processo terapêutico com os usuários dos serviços de saúde mental? Quais são os instrumentos, ferramentas e dispositivos em saúde para que se alcancem tais fins? O que fazer para que as práticas não se tornem segregativas, excludentes e alienantes? Como fazer para que o usuário passe a ter lugar de protagonista no seu tratamento, se muitas vezes as ações dos trabalhadores e o que é oferecido no atendimento ao usuário não possibilitam que isso ocorra? Como considerar os pressupostos da desinstitucionalização? O que é necessário, na prática nos serviços de saúde mental, para promover o avanço no processo da Reforma Psiquiátrica?

1.4 As práticas em Saúde Mental: do modelo asilar ao modelo psicossocial

Consideramos que na consolidação da Reforma Psiquiátrica, na efetivação da atual Política de Saúde Mental e na construção de um novo modelo de atenção em saúde mental, os trabalhadores de saúde têm se deparado, no cotidiano do trabalho em equipe nos CAPS, com a transição paradigmática do modo asilar ao modo psicossocial de ações em saúde mental (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; YASUI, 2010). Essa transição paradigmática está atravessada pelo pressuposto da desinstitucionalização (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011; AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AMARANTE, 1996, 2003; HIRDES, 2009; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2005; VASCONCELOS, 2008).

A desinstitucionalização é percebida como uma estratégia para a configuração do novo modelo das práticas de atenção psicossocial substitutivas ao modelo manicomial, que ocorre

“no” e “pelo” fazer dos trabalhadores de saúde mental (AMARANTE, 1996). Nesta direção, acrescentamos a contribuição de Vasconcelos (2008), quando refere que

o imperativo da desinstitucionalização da atenção psicossocial implica não só em reconhecer que a liberdade é terapêutica, mas também que o objeto de seu conhecimento e intervenção acompanha o processo de reconhecimento e a ampliação das múltiplas necessidades humanas dos usuários, aumentando a complexidade deste objeto, uma vez que agora o que está em jogo é toda a existência e reprodução social destas pessoas, seus projetos de reinvenção de novas formas de viver, e que modificam integralmente os componentes psíquicos de sua realidade. Este movimento de ampliação do objeto das abordagens e da atenção psicossocial implica uma verdadeira revolução epistemológica e teórica do processo de construção do conhecimento, na direção de maior complexidade, bem como em um processo de crítica, desconstrução e reconstrução dos paradigmas convencionais de conhecimento científico e profissional (VASCONCELOS, 2008, p. 142-143).

Entendemos modelo de atenção enquanto um operador que agrega e define uma organização de saberes, conhecimentos e dispositivos da prática em saúde mental. Esse conceito não se caracteriza como algo padronizado, protocolar ou prescritivo, portanto não se trata de uma forma burocrática de ordenar as ações em saúde mental. Dessa forma, modelo de atenção é caracterizado enquanto “uma lógica que orienta a ação”, um “modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde e atender necessidades individuais e coletivas” (OLIVEIRA, 2007b, p.698).

Costa-Rosa (2000) refere a existência de dois modos básicos das práticas de saúde mental. Situa que as diferenças entre esses modos se dão tanto em relação aos saberes e práticas, quanto em relação ao discurso que os articula. Considera que o modo psicossocial, que se contrapõe ao asilar, vai se construindo por meio de críticas ao paradigma psiquiátrico tradicional e também através da efetivação de novas formas de intervenção e da criação de novos equipamentos e dispositivos para o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Situa, dessa forma, o modo psicossocial enquanto sinônimo de um modo extra-asilar ou não-asilar, que foi/está se conformando em função das ações e conhecimentos acumulados pelo processo da Reforma Psiquiátrica e que configura o campo da Atenção Psicossocial.

Esses dois modos básicos – asilar e psicossocial, que compõe as práticas em saúde mental são caracterizados considerando quatro dimensões, quais sejam: a) concepção de objeto e dos meios de trabalho; b) concepção das formas de organização do dispositivo institucional; c) concepção das formas de relacionamento com a clientela; d) concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos (COSTA-ROSA, 2000)

Em relação à concepção de objeto e dos meios de trabalho, o modo asilar baseia-se no princípio doença-cura e enfatiza as determinações orgânicas no processo de adoecimento,

tendo como principal meio de intervenção o uso da medicação. As práticas e estratégias de cuidado no modo asilar são centradas na sintomatologia, no diagnóstico e o indivíduo é visto como doente, ou seja, tomado como objeto, sobre o qual a ação medicamentosa irá incidir. Há pouca ou nenhuma consideração da existência da subjetividade de um sujeito em sofrimento psíquico, o que pressupõe e retirada do sujeito da cena do seu próprio processo terapêutico e o não investimento na sua implicação subjetiva e mobilização enquanto participante e protagonista no seu tratamento. As ações são quase que exclusivamente centradas no indivíduo doente, tomado como o centro dos problemas, desconsiderando a participação da família e do meio social nas estratégias de cuidado e no processo saúde-doença. No modo asilar, os meios de trabalho, mesmo que se configurem multidisciplinarmente, fragmentam o indivíduo através das disciplinas e especialidades. O trabalho é realizado sem muita comunicação entre os profissionais e o prontuário é visto como um elo de interconexão dos profissionais da equipe. O local de intervenções é prioritariamente o hospital psiquiátrico e tem a figura do médico como o principal agente de cuidados, o que gera a subordinação das ações dos outros profissionais à sua decisão e orientação e a hierarquização das profissões. Porém, essa lógica não se restringe ao espaço físico asilar e, mesmo na existência de dispositivos extra-hospitalares para o cuidado em saúde mental, acaba-se reproduzindo e atualizando o paradigma psiquiátrico tradicional (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; YASUI, 2010).

Quanto à concepção do objeto e dos meios de trabalho no modo psicossocial, situa-se que há a consideração dos fatores políticos, socioculturais e biopsicossociais como determinantes do processo saúde-doença, deslocando a centralidade dos determinantes biológicos. O modo psicossocial caracteriza-se pela decisiva importância da participação do sujeito enquanto ator principal do seu processo terapêutico e há um destaque para a reinserção social do indivíduo. Não considera o indivíduo-doente enquanto o único problemático e pressupõe a inclusão e o compromisso da família e do grupo social mais amplo no tratamento. Esse modo de cuidado em saúde mental define a experiência de sofrimento psíquico, o contínuo saúde-doença psíquica, enquanto uma maneira do sujeito se posicionar diante a vida em relação aos conflitos, contradições, dores, ansiedades, angústias que o permeiam, que o atravessam, que o compõem. Daí decorre que o objetivo das ações de cuidado no modo psicossocial seja possibilitar um reposicionamento do sujeito, de forma que ele, ao invés de apenas sofrer com os efeitos de sua experiência de sofrimento psíquico, possa perceber-se enquanto produtor de outras formas de colocar-se no mundo, enquanto agente de mudanças e construção de novos sentidos através da implicação e responsabilização pela própria vida. Ou

seja, a meta não é a de remover, extirpar o sofrimento psíquico a qualquer preço, mas sim, que essa experiência seja (re)integrada enquanto parte do existir humano, por meio de processos de produção de saúde e subjetividade entrelaçados. Não se estabelece então um ideal de cura ou de retorno a um estado anterior de normalidade, mas sim um reposicionamento do sujeito, que requer sua implicação subjetiva no processo terapêutico.

Um aspecto relevante do modo psicossocial diz respeito a ampliação quanto a concepção do objeto das práticas de saúde, entendido então como existência-sofrimento e não mais enquanto doença-cura e também em relação a ampliação da concepção de tratamento e os meios para produzi-lo. No modo psicossocial, o meio de trabalho é a equipe interprofissional, que se constitui em distinção a um mero agrupamento de profissionais hierarquizados e estratificados por meio dos especialismos. A equipe interprofissional deve operar através do intercâmbio de seus conhecimentos teórico-técnicos e do compartilhamento, articulação e construção conjunta de estratégias de cuidado em saúde mental. Percebe-se a necessidade de uma ação integral, a qual leve em consideração todos os aspectos da vida do sujeito e de uma abordagem e intersetorial. Disso decorre que o lócus primordial das ações baseadas no paradigma psicossocial sejam os dispositivos territorializados e extra-hospitalares de atenção, substitutivos ao manicômio. Nesse sentido, os CAPS são entendidos enquanto um importante instrumento – um meio, para a transformação da assistência, e tem como função essencial organizar, tecer, tramar uma rede de serviços, setores, recursos, ações e atores para o cuidado em saúde mental (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; YASUI, 2010).

Em relação à concepção das formas de organização do dispositivo institucional, o modo psicossocial privilegia as formas horizontalizadas de organização institucional, em que o trabalho se compõem por decisões coletivas, contando com a participação do usuário e população em forma de auto-gestão e co-gestão dos processo produção do cuidado em saúde mental. O trabalho inter-institucional se dá com base na interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes e fazeres. Dessa forma, se contrapõe ao modo asilar, que se pauta em torno do trabalho organizado de acordo com um fluxo verticalizado de poder e decisão. A gestão e produção do cuidado se dá de forma fragmentada e dividida pelas especialidades (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; YASUI, 2010).

No que diz respeito à concepção das formas de relacionamento com a clientela, o modo asilar se caracteriza pela separação entre doente e sãos, em que a produção do cuidado se dá de forma tutelar, em que a instituição cumpre a função de depositária dos usuários,

enquanto dispositivo central da assistência, sem considerar os outros dispositivos para além do próprio serviço de saúde. Nesse modo de prática em saúde mental, a relação que é estabelecida entre usuários e serviços de saúde interdita o diálogo, produzindo um discurso que imobiliza e emudece o usuário. Já o modo psicossocial, privilegia a construção de espaços de diálogos e interlocução para a produção de subjetividade. Nesse modo, o diálogo se constitui não como monólogo, mas dá voz ao usuário que é escutado e participante na constituição de inter-relações horizontalizadas. Além disso, o local de execução das práticas no modo psicossocial desloca-se do interior da instituição para tomar o próprio território e os as relações intersetoriais como referência (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; YASUI, 2010).

Destacando a última dimensão, que diz respeito à concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, o modo psicossocial propõe o reposicionamento subjetivo, através da recuperação da cidadania e do trabalho subjetivo de implicação em seu próprio processo de saúde-doença, o que significa a necessidade de um investimento em ações que possibilitem o sujeito situar-se ativamente frente aos conflitos e contradições causadores do seu mal-estar. Além disso, o modo psicossocial leva em consideração a singularidade dos usuários dos serviços de saúde mental. Esses elementos se contrapõem ao modo asilar, que focaliza as práticas objetivando a simples supressão ou tamponamento dos sintomas ou adaptação a um ideal de normalidade (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; YASUI, 2010).

1.5 O Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma nova estratégia de intervenção em saúde

A criação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) surgiu para dar conta de desafios impostos pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS no que se refere à superação do modelo manicomial e a reestruturação da assistência à Saúde Mental a partir da organização dos serviços substitutivos, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (OLIVEIRA, 2007a; 2008b). Isto porque a forma de conceber e tratar os transtornos psíquicos sofreu alterações significativas, já que o novo modelo é dirigido pela lógica extra-hospitalar e requer a superação de práticas e criação de outras formas de intervenções terapêuticas nas instituições públicas (AMARANTE, 1995).

Nessa via, a construção da concepção de Projeto Terapêutico Singular vem ocorrendo no Brasil, segundo Oliveira (2007a; 2008b), ao longo dos últimos vinte anos e está atrelada ao movimento da Reforma Psiquiátrica e da constituição e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O autor aponta que tal dispositivo, utilizado no tratamento oferecido pelos serviços de Atenção Psicossocial, assume uma função relevante na integração e organização das equipes de profissionais inseridos no campo da saúde mental. Além disso, destaca que a utilização deste dispositivo já apresenta alguns resultados advindos de reflexões e experiências práticas de planejamento de processos terapêuticos.

Com efeito, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), de acordo com o Ministério da Saúde (2007, 2009), é um conjunto de condutas terapêuticas destinadas aos usuários dos serviços de saúde. A proposta do PTS foi desenvolvida com a intenção de proporcionar uma atuação integrada da equipe, em que os diferentes saberes dos profissionais possam auxiliar na definição de propostas de ações para um sujeito individual dentro da coletividade da instituição (BRASIL, 2007; 2009).

Compreende-se que a construção do PTS deve ser realizada de acordo com as condições do usuário, suas preferências e características, contando com sua participação nesse processo, e discutido pela equipe multiprofissional do serviço. Isto permite que o planejamento do tratamento supere os aspectos do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, e inclua a dimensão política, a garantia de direitos, o resgate da cidadania e a reinserção social, como também a dimensão subjetiva e clínica na condução das práticas dirigidas ao usuário do serviço.

O PTS é composto por quatro momentos: o primeiro momento é o do diagnóstico, em que é necessário realizar uma avaliação orgânica, psicológica e social com a intenção de captar os desejos e interesses do usuário, além de compreender sua rede social, familiar, cultural, funcional (trabalho) e sócio-econômica. Isto é, pretende delimitar como o sujeito se coloca diante de sua vida e de seu sofrimento, a demanda pelo tratamento e quais os objetivos e expectativas referentes a esse processo.

O segundo momento é o de definição de metas, produto da avaliação diagnóstica feita pela equipe e que propõe intervenções e ferramentas terapêuticas de curto, médio e longo prazo, as quais serão negociadas com o paciente.

O terceiro momento é a divisão de responsabilidades, dentro da própria equipe, em relação à condução e acompanhamento do caso e o quarto momento é o de reavaliação do PTS construído. Nessa etapa, a intenção é de que se realize uma discussão sobre a evolução do paciente em seu tratamento, refletindo se as ações ofertadas ao usuário estão beneficiando-

lhe e contemplando os objetivos das intervenções propostas. Além disso, possibilita que novos rumos sejam tomados no tratamento, bem como, concebe a importância de que a equipe esteja constantemente questionando sua prática e a própria organização da instituição (BRASIL, 2007).

Oliveira (2008b), desenvolvendo a concepção de PTS, argumenta a relevância da responsabilização entre os protagonistas (profissionais e usuários) para a realização efetiva do PTS, ou seja, a necessidade de engajamento e apropriação pelo paciente de seu tratamento e com o seu sintoma; e dos profissionais com a proposta do tratamento. Chama a isso de “formação de compromisso”, na qual há um processo de construção coletiva e torna de uma situação de interesse comum (p. 286).

Ainda em relação à concepção de PTS, Bezerra e Rinaldi (2009), concebem-no como um “projeto individualizado”. Assim, poderíamos dizer que é uma proposta de tratamento que “cabe” ao sujeito e não que o sujeito “caiba” nela. Isto quer dizer que na construção do PTS não se pode partir de condutas padronizadas e universalizantes, dadas *a priori*. As autoras observam que muitas vezes existe uma conduta burocratizada na construção do PTS, em que se utilizam as diretrizes do Ministério como uma “aplicação” do que está na Lei de modo literal, suprimindo a singularidade dos casos. Em outras palavras, o PTS é compreendido como um roteiro a ser apresentado aos usuários e uma série de “papéis que devem ser preenchidos” pelos profissionais em sua atuação nos serviços de Atenção Psicossocial, sem o questionamento em relação às contribuições, a relevância e a adequação dessa proposta para a condução e objetivos do tratamento nos CAPS.

Por outro lado, o PTS utilizado como um dispositivo de tratamento pode ser um indicativo do olhar específico que se dá ao sujeito que ingressa nos serviços de saúde mental, promovendo práticas singulares em contraposição às concepções universalizantes que predominam na organização do tratamento prestado ao usuário da rede pública de saúde. E é justamente esse impasse institucional que se percebe na prática nos CAPS, já que frequentemente as ações dos profissionais acabam por tutelar o paciente ao serviço, no momento em que decidem por ele e lhe “aplicam” um tratamento, colocando-o numa posição passiva perante a instituição e sua própria condição subjetiva.

Campos (1998), discutindo o modo como as instituições organizam o trabalho, principalmente inspiradas pelo modelo taylorista, assinala que as práticas têm como finalidade “administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio” (p.865). Ainda destaca que a pretensão desse modelo é de

produzir ações que disciplinem e controlem o comportamento e também modifiquem a subjetividade dos sujeitos, dessa forma, ganhando-lhe a alma.

Atualmente se assinala a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional para a efetividade dos tratamentos empreendidos pelos serviços de Atenção Psicossocial. Porém, como destaca Campos (1998), “as organizações de saúde são todas recortadas por outra lógica” (p. 864). Isto é, estão divididas em departamentos, núcleos de saberes, de acordo com as especificidades de cada profissão. Desta consideração se impõe um questionamento: quais as interferências desse modelo organizativo no processo terapêutico destinado aos usuários dos CAPS ad?

As práticas muitas vezes não encontram um ponto em comum que as una, enlaçando seus objetivos, ficando, assim, dissociadas, fragmentadas e segmentadas, desnudando a burocratização do processo. Uma burocratização que imobiliza, não permitindo a mudança das ações instituídas, já dadas; silenciando o questionamento, por parte dos profissionais, de suas práticas dentro da instituição de saúde (COSTA, 1991).

Em decorrência de tais acepções, se aposta que a construção de Projetos Terapêuticos Singulares pode servir como um dispositivo que estabeleça um ponto comum para a direção das ações dos trabalhadores da equipe, evitando a burocratização do processo, e permita uma prática que alie os saberes dos trabalhadores com os conhecimentos dos pacientes e familiares, em uma atitude de compartilhamento e co-responsabilidade.

2 MÉTODO

Considerando os objetivos deste estudo, apresentaremos a seguir o método que foi utilizado para responder ao problema de pesquisa e alcançar os objetivos do estudo.

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa. A escolha por tal abordagem justifica-se uma vez que o objetivo da pesquisa envolve a compreensão de um fenômeno que não se reduz a aspectos objetivos passíveis de quantificação. Haja vista, os elementos centrais da pesquisa são o conjunto de saberes e práticas dos trabalhadores de saúde, inseridos numa equipe, no que se refere a construção e condução dos processos terapêuticos dos usuários de um CAPS ad.

Dessa forma, de acordo com Minayo (1998, 2009), concebe-se que a pesquisa de abordagem qualitativa permite um entendimento mais amplo e aprofundado do processo pesquisado, visto que esse é permeado por um conjunto de significados e concepções dos sujeitos. Logo, a opção em realizar uma pesquisa qualitativa justifica-se, pois o objeto de investigação, a organização do processo terapêutico, é resultante das concepções, experiências e práticas dos trabalhadores da saúde mental, inseridos num contexto atravessado por questões oriundas dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Nessa via, interessa compreender de que forma as transformações epistemológicas, teóricas, metodológicas e paradigmáticas deflagradas por tais movimentos compõe e orientam as práticas dos trabalhadores que atuam em CAPS no momento em que constroem e conduzem os processos terapêuticos dos usuários de um serviço de Atenção Psicossocial. Assim, pretende-se conhecer a experiência de trabalho no contexto do SUS e da Reforma Psiquiátrica dos trabalhadores inseridos no CAPS ad escolhido para a pesquisa, por se entender que os elementos que surgirão através do processo investigativo podem encontrar ressonância em outros estudos que apontam os desafios de uma práxis em consonância com os pressupostos e diretrizes da Saúde Mental e da Saúde Coletiva.

2.2 Cenário de estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de um município do interior do Rio Grande do Sul. O CAPS ad é um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e se destina ao atendimento de usuários em sofrimento psíquico devido o uso e abuso de álcool e outras drogas.

Este CAPS ad funciona no referido município desde janeiro de 2003 e a equipe do serviço de saúde mental é composta por 12 trabalhadores de diferentes especialidades: uma médica psiquiátrica, uma médica clínica, uma fisioterapeuta, um assistente social, uma técnica em saúde mental com formação em educação física, dois psicólogos, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma assistente administrativa, uma serviços gerais e uma secretária.

2.3 Participantes do estudo

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com sete trabalhadores da equipe do CAPS ad de acordo com as seguintes especialidades: psiquiatria, fisioterapia, serviço social, psicologia, enfermagem e técnico em saúde mental. A escolha por tais trabalhadores foi intencional e justifica-se pelo fato de representarem as diferentes especialidades que atuam e compõe a equipe mínima, de acordo com o Manual dos CAPS (BRASIL, 2004a), do serviço de saúde mental e que participam da construção dos processos terapêuticos.

A escolha do trabalhador da especialidade da área da psiquiatria e não o da área da clínica médica se deu pelo fato de que, tradicionalmente, a elaboração dos processos terapêuticos nos CAPS é centrada no saber da área da psiquiatria.

Foram incluídos no estudo os trabalhadores de saúde já mencionados anteriormente e que estavam inseridos no serviço há, pelo menos, seis meses e que desejaram/aceitaram participar da pesquisa. Justifica-se que este tempo seria o mínimo necessário, considerando-se a adaptação destes trabalhadores no serviço.

Não foram incluídos nas entrevistas, os trabalhadores de saúde afastados do serviço por qualquer tipo de licença e os afastados para qualificação profissional no período de coleta dos dados e aqueles que não desejaram/aceitaram participar da pesquisa.

2.4 Técnica de coleta de dados

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada como instrumento para a coleta dos dados, visando responder aos objetivos do estudo. A entrevista foi efetivada com o auxílio de um roteiro proposto (APÊNDICE C).

Segundo Minayo (1998), a entrevista semi-estruturada “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador” (p. 108). A autora aponta que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados, pois a fala do participante pode revelar condições estruturais, sistemas de valores, ideologias, normas e símbolos, além de transmitir as representações de determinados grupos, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Para a realização da coleta de dados, foi realizado um primeiro contato informal com o coordenador do CAPS ad, momento em que apresentou-se a proposta do estudo e solicitou-se a permissão para apresentação do projeto em reunião de equipe do serviço, na qual os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa.

A partir da aceitação da proposta por parte do coordenador do serviço, foi encaminhada uma solicitação de autorização à Secretaria Municipal da Saúde para que os trâmites legais fossem atendidos. O projeto também foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da UFSM e no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP). A seguir, foi submetido à avaliação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSM.

Posteriormente a autorização do CEP, iniciou-se a coleta de dados. A pesquisadora foi a uma das reuniões de equipe do CAPS ad pesquisado e apresentou aos trabalhadores os objetivos e a justificativa da pesquisa. Além disso, foi realizado o contato e o convite aos sete trabalhadores, mencionados no item 2.3 Participantes do estudo, para a participação na investigação, através da realização das entrevistas semi-estruturadas. Nesse momento, também foram retomados os objetivos e a justificativa da pesquisa. Obteve-se o aceite do trabalhador em participar da entrevista e foi lido e assinado por cada sujeito entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o qual contém informações sobre a pesquisa, além de questões relacionadas ao sigilo e a confidencialidade de seus dados pessoais e de sua participação.

É importante destacar que as entrevistas foram realizadas em horário e local definidos em acordo entre o pesquisador e o entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas no local de trabalho do entrevistado, ou seja, no CAPS ad e foi solicitada aos trabalhadores a autorização para gravação das entrevistas antes de iniciá-las.

2.5 Organização e análise dos dados

Para favorecer a organização dos dados, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, possibilitando uma maior fidedignidade dos dados coletados. As entrevistas foram analisadas de acordo com as três etapas da Análise Temática: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 1998; 2009).

O procedimento de análise das entrevistas se deu da seguinte forma: na primeira etapa, que corresponde a pré-análise, foi realizada a sistematização dos dados coletados, através da leitura flutuante e exaustiva das transcrições das entrevistas. Procedemos com a leitura flutuante do corpus empírico da pesquisa, destacando e assinalando frases ou pedaços de frases que nos remetesse às nossas experiências na saúde mental e às teorias estudadas. Em novas leituras, separamos o corpus em unidades de análise, as quais marcamos em diferentes cores. Isto é, cada entrevista passou a conter diversos trechos pintados com cores diferentes.

Após, fizemos nova leitura em busca de núcleos de sentido. O núcleo de sentido compunha uma espécie de síntese de cada unidade de análise. Foram então organizadas tabelas que sistematizaram as falas dos entrevistados. Agrupamos as unidades de análise e, a partir de nova leitura, chegamos às seguintes categorias temáticas: Dos entrelaçamentos históricos às concepções dos trabalhadores em relação ao CAPS ad e ao processo terapêutico e A construção do processo terapêutico e a utilização do Projeto Terapêutico Singular como estratégia de produção de cuidado no CAPS ad. Essa segunda etapa diz respeito à exploração do material, na qual se identificaram palavras, expressões ou frases relevantes e recorrentes, de acordo com os objetivos da pesquisa, para então criarmos as categorias temáticas.

A terceira e última etapa consistiu na descrição dos resultados obtidos e interpretação, na qual os resultados brutos foram submetidos a análises que possibilitaram colocar em relevo as informações obtidas com a coleta dos dados. A partir das categorias temáticas descritas, desenvolvemos e orientamos nossa interpretação de acordo o embasamento teórico da

pesquisa e também em torno de outras dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material coletado.

2.6 Aspectos Éticos

Na elaboração e realização da presente pesquisa foram considerados os aspectos éticos necessários para a condução do estudo pretendido. Dessa forma, foram contempladas as quatro referências básicas da bioética: autonomia (liberdade de decisão e participação na pesquisa, por parte do indivíduo com o qual se fará a entrevista); não maleficência (garantia que danos previsíveis serão evitados); beneficência (comprometimento com o máximo de benefício e o mínimo de risco); e justiça e equidade (relevância social da pesquisa; não se podem distribuir benefícios de forma desigual na prática da pesquisa, ou seja, não se pode gerar melhoramentos de qualquer espécie para alguns e não para outros).

Nessa perspectiva, a pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e da Resolução nº. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Além disso, passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, antes do início da coleta de dados.

Foi apresentado aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo os objetivos da pesquisa, a explicação da livre decisão a respeito de sua participação e a garantia da confidencialidade e da privacidade. Além disso, foi esclarecido aos participantes sobre a autonomia que possuíam para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento que desejassem, sem que isso implicasse em prejuízo para os mesmos, e também, que não receberiam nenhuma remuneração por sua participação e não teriam nenhum gasto com a mesma.

Os nomes dos participantes da pesquisa foram modificados através da substituição por códigos, como por exemplo, T1 (Trabalhador 1), que indica um dos trabalhadores entrevistados, com a intenção de assegurar a preservação da identidade do pesquisado e a confidencialidade dos dados coletados com as entrevistas. Os nomes citados pelos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios. As gravações e as transcrições das entrevistas ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores por um período de cinco anos e após esse tempo serão destruídos.

Considerando o tema da pesquisa e a técnica utilizada para a coleta de dados, avaliou-se a existência de riscos indiretos aos participantes, como por exemplo, a existência de desconforto ao falar sobre questões concernentes à prática profissional durante a entrevista. Caso fossem identificadas situações que apontassem para um mal-estar em algum sujeito da pesquisa, a pesquisadora encerraria naquele momento a entrevista e o entrevistado seria convidado a reiniciar a entrevista em outro momento. Se fosse verificado um desconforto que impossibilitasse a continuidade da participação do entrevistado na pesquisa, este seria encaminhado para um profissional especializado, para que realizasse a escuta do trabalhador do CAPS ad.

Com relação aos benefícios da pesquisa, espera-se que os resultados deste estudo forneçam elementos para a construção de ações que visem potencializar o trabalho nos CAPS e fomentar a utilização de instrumentos para a elaboração de processos terapêuticos que contem com a participação ativa dos usuários e familiares nesse processo.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados e a discussão a partir do processo de análise e interpretação do material empírico da pesquisa. Do processo de análise emergiram duas categorias temáticas: Dos entrelaçamentos históricos às concepções dos trabalhadores em relação ao CAPS ad e ao processo terapêutico e A construção do processo terapêutico e a utilização do Projeto Terapêutico Singular como estratégia de produção de cuidado no CAPS ad.

3.1 Dos entrelaçamentos históricos às concepções dos trabalhadores em relação ao CAPS ad e ao processo terapêutico

A presente categoria temática parte do princípio de que as concepções dos trabalhadores que participaram da nossa pesquisa em relação ao processo terapêutico e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) em que estão inseridos são construções inter-relacionadas ao processo sócio-histórico de consolidação do SUS e da Política de Saúde Mental vigente no país. Percebemos que o conjunto de saberes e práticas dos trabalhadores do CAPS ad foram constituídos e constituem a Reforma Psiquiátrica e o SUS no cotidiano do serviço em que atuam. Destacamos a existência do entrelaçamento entre a história dos movimentos – Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, marcados pela tarefa de empreender a superação do modelo de atenção calcado na perspectiva biomédica/psiquiátrica e a própria história do CAPS ad pesquisado.

Esse entrelaçamento se reflete na práxis dos trabalhadores do CAPS ad e também em relação ao modo como pensam e operam os processos terapêuticos no referido serviço. Constatamos no CAPS ad pesquisado a presença e convivência dialógica de novos saberes e fazeres em saúde mental com posturas e atuações tradicionais. Ou seja, nos deparamos com a questão apontada por Merhy (2007) de que os CAPS estão constituídos como dispositivos efetivos de tensão entre novas práticas e velhos “hábitos”. E essa tensão também se traduz em função da contradição existente no campo da saúde mental entre dois paradigmas antagônicos: o paradigma psicossocial (modo psicossocial, atenção psicossocial) e o paradigma hospitalocêntrico medicalizador (modo asilar, modelo psiquiátrico tradicional, paradigma biomédico) de atenção e cuidado aos usuários dos serviços de Atenção

Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; YASUI, 2010).

Nessa perspectiva, sublinhamos que o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), no qual realizamos a presente pesquisa, constitui-se como um dos equipamentos de Atenção Psicossocial da rede de saúde mental de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Sabemos que a criação dessa rede de serviços e a consolidação do atual modelo de atenção e cuidados em saúde mental decorrem de uma complexa transformação no campo de saberes e práticas que vêm se (re)construindo e (re)formando no Brasil há mais de três décadas, tendo como balizadores os pressupostos dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. As transformações advindas desses movimentos apresentam grandes desafios aos trabalhadores que, cotidianamente, têm a tarefa de consolidar essas mudanças e implantar o novo modelo assistencial. Porém, constatamos que esses trabalhadores se deparam com práticas e concepções hegemônicas, decorrentes do modelo que pretendem superar. Ademais, salientamos que os serviços de saúde mental, da mesma forma como o CAPS ad pesquisado, são marcados permanentemente por um processo contínuo de estruturação, reformulação e transformação.

A história e trajetória de criação e estruturação do CAPS ad, cenário da nossa investigação, nos auxiliam na compreensão do entrelaçamento anteriormente referido. O CAPS ad pesquisado foi se estruturando e organizando aos poucos. De acordo com o relato de dois dos entrevistados, os quais estão inseridos na equipe do serviço desde o seu surgimento, o CAPS ad tem sua origem em 2003 e inicia seu funcionamento no formato de um ambulatório de saúde mental. Um dos entrevistados refere que inicialmente a equipe era composta por um psicólogo, um enfermeiro e um médico e que as práticas eram centradas em atendimentos individuais. Posteriormente, ocorre uma mudança do espaço físico do CAPS ad e há uma ampliação da equipe, com a inclusão de outros trabalhadores. Um ponto destacado pelo entrevistado é o de que, nesse momento, a equipe procura ancorar suas ações nas legislações de saúde mental e buscam trabalhar em direção ao que elas preconizam.

Percebemos que o estabelecimento do CAPS ad investigado parte da tentativa de romper com um modelo de atenção em saúde mental baseado no paradigma biomédico/asilar e na construção do novo modelo, fruto dos movimentos reformistas:

[...] na primeira fase, funcionava muito num modelo centrado no discurso médico, num multidisciplinar não interdisciplinar, porque nós não tínhamos até há quatro ou cinco anos atrás reuniões de equipe, porque a nossa coordenadora achava que era perda de tempo. (T1)

Mas esse rompimento ocorre gradualmente, e da criação à efetivação do CAPS ad pesquisado, dois elementos centrais são percebidos: processualidade e dinamicidade, como um dos entrevistados assinala:

[...] o CAPS ad foi implantado progressivamente, então ele sai de uma origem ambulatorial, mesmo que nós tivéssemos clareza do que seria o projeto CAPS, a organização efetiva foi sendo feita aos poucos, foi incluindo aos poucos, profissionais contratados e não profissionais concursados, a maioria deles contratados, e depois foram sendo substituídos por concursados. (T7)

[...] o processo institucional CAPS ele é extremamente dinâmico, desde o início, e me parece que essa é uma característica das instituições ou dos CAPS é o seu dinamismo, porque sofre permanentemente influências de mudanças na política, de mudanças na própria equipe, de questionamentos dos projetos terapêuticos, da contribuição ou da resistência de alguns colegas com relação à idéia do CAPS. (T7)

A processualidade e dinamicidade do CAPS ad em questão revelam dois tempos na história do referido serviço. O primeiro tempo se refere a uma fase inicial da estruturação e organização do CAPS ad. Podemos apontar uma demarcação na passagem desse primeiro tempo a um segundo tempo. Essa demarcação se dá pela troca de coordenação da equipe do CAPS ad e inserção de trabalhadores concursados, a introdução de reuniões de equipe no serviço e a realização de capacitações e supervisões clínico-institucionais, o que permitiu que as ações do CAPS ad estivessem mais alinhadas com o atual modelo de atenção em saúde mental. Foi nesse segundo tempo ou momento de mudanças e de (re)direcionamento da proposta clínica e institucional do CAPS ad em que nos inserimos no serviço para a realização da pesquisa.

Julgamos importante destacar alguns elementos, provenientes dos discursos dos entrevistados, em relação à recomposição da equipe de trabalhadores do CAPS ad ocorrida nesse segundo tempo do serviço. Nessa recomposição permaneceram alguns trabalhadores que estavam inseridos desde o surgimento do CAPS ad e ocorreu a entrada de novos trabalhadores concursados. Dentre os entrevistados, dois deles estavam atuando no CAPS ad desde a sua criação, acumulando em torno de nove anos de experiência de trabalho em saúde mental e no campo de álcool e drogas. Os outros cinco entrevistados iniciaram sua atuação no CAPS ad a partir de uma nova reestruturação da equipe e até então não tinham experiência de trabalho em CAPS ou serviços de saúde mental e também não participaram do processo de constituição do serviço pesquisado. Esses elementos podem ser percebidos nas seguintes falas:

[...] quando fui assumir (o concurso) em 2007 [...] eu cheguei lá na secretaria de saúde e falei com o Pedro, eu digo “pra onde que eu vou, Pedro?”, “ah, tu vai pra um CAPS”, e eu não sabia nem o que era um CAPS, aí eu vim pra cá. (T2)

[...] a equipe renovou quase que totalmente, porque os funcionários que eram mais antigos saíram todos, e a nossa equipe é quase que toda nova, quer dizer, ninguém na verdade tinha experiência com esse tema [...] então todos aprendemos mais ou menos juntos e desenvolvemos mais ou menos juntos, e através das nossas conversas a gente começou a, digamos, tentar, porque quando a gente pegou aqui era tudo muito desorganizado assim, não tinha uma linha, não tinha uma metodologia, não tinha um plano, era tudo muito aleatório [...]. (T4)

[...] as pessoas foram aprendendo tanto o que era saúde mental, quanto o que era saúde pública, quanto o que era trabalho em equipe, tanto o que era CAPS, quanto o que é álcool e drogas, desintoxicação, tratamento, dependência, no trabalho propriamente dito. Foi uma construção, é uma construção ainda que está acontecendo. (T7)

[...] quando eu cheguei, eu percebi que tinham algumas coisas assim, que uns tinham um olhar pra alguma coisa, outros pra outra, não estava ainda bem sedimentado, me parece assim, o processo de trabalho [...]. (Trabalhador 3)

Os discursos dos entrevistados demarcam as características de processualidade e dinamicidade anteriormente apontadas e acrescentam outros aspectos em relação à constituição e composição do trabalho nos serviços de saúde mental, tais como os CAPS, especificamente ao que diz respeito à prática enquanto algo a ser aprendido na efetivação das ações e intervenções. Além disso, salientam a carência ou ausência de conhecimentos prévios sobre o trabalho em saúde mental e até mesmo em relação ao próprio CAPS. A maioria deles referiu nas entrevistas não conhecer ou saber o que era CAPS antes de iniciar o trabalho no serviço pesquisado. Portanto, podemos conceber que não possuíam apropriação em relação ao projeto clínico institucional que rege legalmente tais serviços. Percebemos que essa construção e apropriação se deram coletivamente e que é algo que ainda ocorre cotidianamente na atuação dos trabalhadores no CAPS ad investigado. Além disso, podemos inferir que esses elementos, apresentados nas falas dos entrevistados, podem ter como causa a falta de coesão ou direção no trabalho em equipe ali desenvolvido, ou seja, na composição dos processos terapêuticos. Essa ausência de integração no trabalho em equipe no CAPS ad aparece enquanto algo inicial na inserção desses novos trabalhadores no serviço e que aos poucos vai sendo modificado, na tentativa de realização de práticas interdisciplinares e não somente multidisciplinares. Esses elementos anteriormente destacados se colocam enquanto

desafios a serem enfrentados pelos trabalhadores de saúde mental no cotidiano de suas práticas.

É interessante sublinhar que os diferentes elementos de ordem histórica (estrutural e local) e prática (do trabalho em si) foram contribuindo para a construção das concepções sobre o CAPS ad e sobre o processo terapêutico. Destacamos que a constituição das compreensões e percepções dos trabalhadores decorre de fenômenos complexos, contextuais, contemplam uma historicidade e são sempre interligados à prática. Portanto, para conhecer as concepções precisamos conhecer o percurso histórico de determinado fenômeno ou instituição e como se desenvolve a prática das pessoas com relação a ele. Além disso, todo o conjunto de concepções que os trabalhadores vão compondo por meio de suas ações no serviço em que atuam, carrega contradições, pontos de conflitos, de tensões. Esse caráter de contradição é evidenciado na fala de um dos entrevistados:

[...] existe um projeto clínico institucional do CAPS, mas existem dentro deste projeto também pessoas com concepções diferentes também de tratamento. (T7)

Em contraponto, evidencia-se na fala dos entrevistados, a existência de um processo de aproximação e convergência das concepções e modos de pensar e fazer dos trabalhadores do CAPS ad, disparado pela realização das capacitações e supervisões clínico-institucionais e também pela inserção das reuniões de equipe enquanto um componente importante do trabalho em saúde mental. Então, esse segundo tempo é marcado pelas características de modificações e (re)construções e essas mudanças são expressadas pelas seguintes falas:

Eu acho que a equipe amadureceu [...] apesar de haver a diferença entre nós, mas, tecnicamente, é uma visão quase única no atendimento, e isso facilita bastante. Então, dá uma articulação melhor, dá uma mobilização e uma articulação boa na equipe. [...] (T6)

Eu acho que evoluiu (a equipe) bastante desde que eu entrei, porque nesse sentido de organização e acompanhamento dos pacientes, às vezes a gente tinha pacientes que a gente não sabia nem quem era [...] e a gente teve algumas capacitações também que eu acho que ajudou bastante na compreensão de todo esse processo [...] eu acho que há um entrosamento bem bom e isso facilita, muitas vezes, a escolha de alguns caminhos que a gente tem que tomar enquanto equipe, que tem que ser uma decisão coesa [...] eu acho que nesse sentido de organização do trabalho, teve um crescente desde que eu entrei [...] (T2)

[...] eu acredito que agora, nesses dois anos, ao longo dos encontros, nas sextas-feiras, que o pessoal está mais harmonizado, mais coeso enquanto equipe [...] Claro que isso foi conseguido com as nossas monitorias que a gente tinha, a supervisão, o trabalho da supervisão com a Maria, eu acho que aquilo ali ajudou também um pouco, pra trabalhar, pra definir planos terapêuticos, pra nós assim, o olhar da equipe se direcionar um pouco mais, pra o plano terapêutico singular. (T3)

A diferença que eu acho marcante é a reunião de equipe, a discussão de casos, de diferenças entre as disciplinas, mas que dialogam entre si. Nós percebemos, ao menos eu que estou desde o início, consigo perceber e dialogar com meus colegas sobre quase todos os pacientes, eu conheço quase todos os pacientes que estão aqui no CAPS e eles também. Diferentemente de até cinco anos atrás que eu conhecia os pacientes que eu atendia e os pacientes que estavam no meu grupo. Então nesta proposta de convivência, nesta proposta de construção de caso de equipe, a equipe de fato acaba participando mais no processo de tratamento dos pacientes e acho que isso é uma diferença bem importante. (T7)

Outra coisa, importante foram as reuniões de equipe, que quando a gente entrou não existiam, então cada profissional tinha uma linguagem, cada profissional tinha uma forma de interpretar a situação [...] eu acho que com essas reuniões isso mudou bastante, que todos passaram a ter a mesma linguagem e o mesmo comportamento, e decidir as coisas, a gente decide individualmente, mas a gente leva a situação pra reunião, e aí vê a opinião de todo mundo [...] mas conseguimos equilibrar mais eu acho, nesse sentido, a abordagem e a orientação pros pacientes. (T4)

Todos esses elementos conjuntos – processualidade, dinamicidade, historicidade e contradição – dão os contornos às concepções e compreensões do CAPS ad e do processo terapêutico por parte dos trabalhadores entrevistados. De modo geral, as concepções que os trabalhadores do CAPS ad pesquisado têm em relação ao processo terapêutico convergem com as concepções referentes ao modelo de atenção em saúde mental denominado psicossocial, que contrapõe o modelo tradicional de tratamento, manicomial e biomédico, também denominado de modo asilar (COSTA-ROSA, 2000; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI e COSTA-ROSA, 2008; YASUI, 2010).

Assim, as principais características do chamado modo psicossocial de cuidado em saúde mental – usuário do serviço de saúde como participante principal do seu tratamento, importância da participação da família e a ênfase para a reinserção social do sujeito que sofre (COSTA-ROSA, 2000) – são relacionadas pelos trabalhadores como componentes do processo terapêutico. Além disso, consideram o processo terapêutico como algo dinâmico, que requer transformações, adequações e reformulações após sua construção e implementação, baseadas nas necessidades e demandas do usuário do CAPS ad. Essas

mudanças durante a condução do processo terapêutico são discutidas pela equipe do serviço nas reuniões semanais. Os trabalhadores do CAPS ad consideram que o processo terapêutico agrega ações e intervenções da equipe e também o comprometimento e envolvimento do usuário. E, ainda, apontam que o processo terapêutico é algo amplo e que envolve o trabalho da equipe e todos os atendimentos individuais e grupais oferecidos no serviço, as condições de trabalho, o acesso a rede de saúde e também a participação dos familiares ou figuras de referência para que os objetivos do processo terapêutico sejam atingidos.

Nessa perspectiva, podemos perceber nas concepções dos trabalhadores do CAPS ad estudado há consideração dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do atual modelo de saúde mental, o que nos leva a entender que a prática desses trabalhadores, que tem como resultado o processo terapêutico, está ocorrendo na direção do modo psicossocial. Porém, existem alguns elementos presentes nessas concepções, especificamente em relação ao objetivo do processo terapêutico que se distanciam do modo psicossocial de atenção em saúde mental.

As falas a seguir ilustram as concepções que os trabalhadores possuem em relação ao processo terapêutico, o que o compõe, o que é fundamental e quais os objetivos a serem alcançados com esse processo:

[...] processo terapêutico é que é um movimento que visa uma alteração, uma mudança e que tem um dinamismo muito grande. [...] a ideia de processo terapêutico consegue traduzir bem o que eu entendo como uma proposta de tratamento em CAPS Álcool e Drogas, que é algo que precisa ter um início, mas que não tem, não há um controle *a priori* sobre ele, sobre o que vai acontecer, então, por isso a ideia de um processo, se a gente conseguir ter clareza disso, a gente vai conseguir compreender, trabalhar melhor, trabalhar os nosso propósitos, porque suportar a ideia incluiu a ideia dessa movimentação, dessa alteração, desse dinamismo, dessa inclusão, dessa reformulação, que eu acho que está em jogo.(T7)

[...] é uma coisa muito ampla [...] o processo é bastante dinâmico, então a gente constrói, [...] eu acho que tudo pode ser terapêutico, vai depender da individualidade de cada um. É uma coisa que não tem como a gente dizer, não é uma receita de bolo [...] (T2)

Processo terapêutico são todas as ações que tu vai elencar do mais fácil ao mais complexo pra chegar ao resultado final que seria a boa evolução do paciente, do paciente com o seu diagnóstico. Pra que pudesse transferi-lo pra sua família, pra comunidade. [...] cuidar do paciente como um todo, tanto ao que se refere ao físico, ao orgânico, ao psicológico, ao emocional, ao psiquiátrico, seriam dentro de todos esses aspectos... [...]. (T3)

[...] processo terapêutico seria a união de todos os conhecimentos técnicos que tem a equipe, dos profissionais, que em momentos variados vão estar entrando em contato com o usuário, dando subsídio pra ele, tanto abastecendo ele de informações, pra ele estar reconquistando a sua auto-estima, estruturando subjetivamente o seu eu, a sua personalidade, estar podendo retornar a uma dinâmica considerada normal, na sociedade. (T6)

Processo terapêutico são as articulações que a gente faz pra estar ajudando o paciente naquele objetivo que a gente tem, que no caso é tentar ajudar ele a parar de usar alguma substância química, a substância que ele costuma usar. Então as articulações que a gente tem pra ajudar esse paciente [...] de atendimentos em todas as áreas, exames e família [...]. (T5)

Em relação ao que compõe o processo terapêutico os trabalhadores referem:

Faz parte desse processo terapêutico, desde as condições ambientais, materiais, estruturais, por exemplo, às condições de trabalho que a gestão oferece. Faz parte do processo terapêutico a qualificação dos profissionais, faz parte do processo terapêutico a estrutura psicológica de cada profissional, porque, enfim, algumas pessoas às vezes têm uma condição melhor de trabalho e outras não. Fazem parte do processo terapêutico as possibilidades de acessar a rede quando é necessário, é o que muitas vezes não é possível, faz parte do processo terapêutico ter dispositivos de tratamento, oficinas, grupos, aquilo que seria indicado, necessário estivesse a disposição. Faz parte do lado do paciente que ele, minimamente, se envolva, que ele não desista, que a família possa ter algum suporte. (T7)

[...] a atenção individual, consultas médicas, ao acompanhamento de enfermagem, ao acompanhamento psicológico, atendimento psicológico individual e atendimento psicológico coletivo, que seriam os grupos. (T3)

Seriam os grupos operativos ou terapêuticos, as consultas e os atendimentos individuais, seja com o serviço social, com a psicologia, com a clínica, com a psiquiatria, com os psicólogos, com a fisioterapia, com a técnica em saúde mental, todos os atendimentos que ele (usuário do serviço) vai estar realizando, participando. (T6)

[...] o que tem que fazer parte de um processo terapêutico é a vontade da pessoa e a ajuda da equipe. (T2)

[...] A participação do familiar, a rede, que às vezes a gente precisa de outros serviços, os atendimentos, sejam eles individuais ou grupais, eu acho que faz o processo terapêutico. Eu acho que tudo é terapêutico. (T5)

Os trabalhadores relatam que o que é fundamental no processo terapêutico diz respeito aos seguintes elementos:

Fundamental é vermos a história de cada um bem nos seus detalhes. [...] ter um olhar mais apurado, dentro do histórico do paciente, e de que maneira tu vai manejar com esse paciente, tu não tem assim, uma, uma receita, uma regra definida, um protocolo, uma coisa assim, muitas vezes tu tem que fugir dos protocolos. (T3)

O fundamental é criar acho que esta ideia terapeuticamente, a ideia de passar para eles que o CAPS está em uma posição de disponibilidade, de acolhimento, de não desistência. Eu acho que mostrar que nós efetivamente nos situamos num lugar de poder acompanhá-los, ajudá-los nas circunstâncias que forem. (T7)

[...] o acompanhamento do usuário, estar acompanhando ele [...]. Estar sempre junto com ele, sempre observando, todos os profissionais, cada um na sua área, fazendo suas orientações técnicas, pra estar subsidiando ele nessa evolução do tratamento, da recuperação. Dando apoio pra família também [...]. (T6)

[...] eu acho que tem que ter, é, bastante diálogo, eu acho que o paciente tem que sentir confiança, que a equipe está ali pra ajudar, pra auxiliar [...] vinculação do usuário com o técnico [...]. (T2)

Em relação aos objetivos do processo terapêutico, encontramos nos discursos dos entrevistados elementos que se contrapõem. Alguns dos entrevistados concebem que a abstinência é o objetivo do processo terapêutico em um CAPS ad, enquanto outros entrevistados apontam objetivos que não possuem a abstinência enquanto elemento central. Percebemos também a co-existência da ideia de redução de danos, enquanto um conceito em construção, portanto, sem muitos contornos e pouca expressividade nos discursos dos entrevistados.

Há que se salientar que, desde 2003, as ações de Redução de Danos (RD) deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornaram uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental (PASSOS e SOUZA, 2011). Nessa via, as contribuições advindas das práticas de Redução de Danos foram incorporadas aos referenciais teóricos e políticos das legislações de Saúde Mental do país e, ao longo dos anos, a RD vêm se conformando enquanto “uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas”(p. 154).

Oliveira e Dias (2010) apontam que nas práticas de cuidado às pessoas que usam drogas, baseadas no paradigma psicossocial, a Redução de Danos tem contribuído na construção de um modelo de atenção que considera o sujeito para além dos problemas provenientes do uso de drogas. Dessa forma, concebem que as ações de RD estão em consonância com a diretriz da desinstitucionalização e que possibilitam a constituição de uma nova concepção de cuidado às pessoas que usam drogas, organizado através de dispositivos territoriais, substitutivos ao paradigma manicomial e à própria lógica da abstinência. Além disso, destacam que ao assumir a Redução de Danos enquanto princípio fundamental no cuidado do usuário de drogas, a Política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), apresenta aos serviços de saúde mental o desafio de romper com a lógica de atenção baseada no discurso médico hegemônico, que coloca a abstinência das drogas enquanto finalidade do processo terapêutico.

Nessa perspectiva, percebemos nos discursos dos entrevistados um descompasso entre a política governamental e a efetivação das diretrizes de tal política no trabalho da equipe dos trabalhadores do CAPS ad pesquisado. No que diz respeito às concepções que têm a abstinência enquanto o objetivo do processo terapêutico percebemos também a existência de um ideal de cura, de retorno a um estado anterior ao estabelecimento da “dependência química”, entendida enquanto doença. Para exemplificar, destacamos as seguintes falas dos entrevistados:

Eu vou te dizer bem a verdade, eu acho que o objetivo, no meu ponto de vista, ainda é a abstinência. Sabe, apesar de a gente discutir, falar sobre redução de danos, eu acho que pra pessoa realmente melhorar, se reconstruir, ressignificar algumas coisas da sua vida, ela tem que estar em abstinência [...]eu ainda continuo achando que o principal do processo é a pessoa querer e buscar a abstinência, não que ele não vá ter recaídas e que isso não vá contribuir pra que um dia ele chegue a abstinência, mas... (T2)

[...] objetivo é tu querer a mesma coisa que o paciente quer. [...] Eu acho que quando o paciente chega, tu tem que querer o que o paciente quer, não adianta tu querer impor o que tu acha que é certo, senão tu perde o paciente, daí depois aos pouquinhos tu vai vendo com o paciente, tu vai avançando, avançando, e daí tu chega lá.[...] Chegar lá, no que tem que conseguir, que é a abstinência [...] o que eu quero pro meu paciente é a abstinência, mas eu não tenho que impor isso de cara, eu acho que aos pouquinhos a gente tem que caminhar junto com o paciente, do lado do paciente, até que chega o momento certo. (T1)

...tentar sempre ajudar, da melhor forma possível [...] muitas vezes acontece de a gente tentar de uma forma e não conseguir e a gente tem que trocar, porque eu sempre falo que não é uma receita [...] eu sempre tento dar uma opção de acordo com o que o paciente está trazendo e com a confirmação dele, com a aceitação dele e

dar um prazo pra ver se adiantou, se não adiantou, se está surtindo efeito, se não está. [...] eu acho que é esse processo de estar sempre tentando, se não dá de uma forma, tentar de outra. Eu acho que é o principal, assim, porque não existe uma receita. [...] o paciente sempre quer parar de usar a droga, da melhor forma possível, ele quer se livrar, quando ele chega aqui, ele assume que realmente ele está precisando de ajuda, ele quer se livrar desse comportamento, dessa dependência, então eu acho que a gente tem que tentar, durante esse caminho [...] ele vai ter que mudar alguns comportamentos e algumas crenças, vai ter que mudar e resgatar aquela pessoa de antes do uso da droga. Eu acho que basicamente isso, é resgatar o que ele era. (T5)

É a reinserção, o retorno desse usuário a uma dinâmica, entre aspas normal, que a sociedade considera normal, ele poder controlar essa compulsividade, esse desejo dele, dessa substância que ele usa, conseguir manter a abstinência e poder voltar a um convívio social dito normal, convívio harmônico na família, na sua dinâmica trabalhista, conseguir trabalho, seja ele por longo período ou não, bicos, escola, enfim, sociedade em geral. (T6)

Como haveria a Redução de Danos tornar-se um recurso alternativo para a produção de saúde se as práticas discursivas indicam que a lógica da abstinência continuam sendo a prevalente e dominante? As falas acima indicam que as práticas estão calcadas naquilo que Passos e Souza (2011) denominaram “paradigma da abstinência”:

Por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS e SOUZA, 2011, p.157).

Oliveira e Santos (2010) sublinham que há nos serviços de saúde mental, destinados ao cuidado dos usuários de drogas, uma postura quase hegemônica de que o objetivo das ações destina-se a alcançar a meta da abstinência. Os autores salientam que a Redução de Danos possibilita o desenvolvimento de abordagens terapêuticas baseadas no entendimento de que “o contrário da dependência não é a abstinência, o contrário da dependência é a liberdade” (p. 77). Acrescentam que a dependência é algo que aprisiona e que o cuidado em saúde mental com usuários de drogas deve buscar o protagonismo e a autonomia.

No mesmo viés, agregamos nessa discussão as contribuições de outros autores, os quais apontam que as práticas nos CAPS ad ainda estão pautadas pela lógica da abstinência, marcados pelo ideal da supressão total da droga e pela manutenção do não uso da substância psicoativa. A condição de abstinência apresenta-se como uma meta terapêutica desejável e ideal, que poderá ser alcançada através da abordagem da Redução de Danos enquanto uma

possibilidade de intervenção terapêutica. Salientam que a lógica da Redução de Danos não deve ser entendida enquanto oposta à abstinência e que a supressão da droga não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Além disso, destacam que se faz necessário o rompimento com o ideal da abstinência e uma maior compreensão e consideração em relação aos princípios da Redução de Danos, pois o respeito à diversidade, à singularidade e as escolhas do sujeito que apresenta mal-estar frente ao uso de drogas favorece a sua implicação no processo terapêutico (MORAES, 2008; AZEVEDO e MIRANDA, 2010; YASUI et al, 2009).

Outro ponto importante a ser destacado é o de que a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas preconiza a construção de projetos terapêuticos singulares, criados para cada caso específico, que podem ter como meta final a abstinência, ou não. Dessa forma, levando-se em conta a lógica da Redução de Danos, as estratégias de cuidado devem ser construídas coletivamente, tomando o usuário enquanto protagonista nesse processo, orientadas para a defesa da vida e aumento do grau de liberdade, autonomia e de coresponsabilidade do usuário. Isso implica no estabelecimento de vínculos entre usuários e trabalhadores no sentido de um comprometimento e acordo mútuo para a construção dos objetivos do processo terapêutico (MORAES, 2008; AZEVEDO e MIRANDA, 2010; YASUI et al, 2009).

Em contraposição às concepções dos trabalhadores do CAPS ad estudado, anteriormente mencionadas, destacamos outras falas dos entrevistados em relação ao objetivo do processo terapêutico:

É alcançarmos a mudança nos seus hábitos, a mudança no seu comportamento [...]. Mudanças no seu comportamento que seja voltar ao trabalho, voltar as suas atividades laborais, voltar ao âmbito familiar, ter uma função dentro da família, resgatar algumas coisas que tinha deixado de lado. (T3)

[...] a gente pensa sempre, se questiona “trabalhamos em cima da abstinência ou trabalhamos em cima também da redução de danos?”. A gente acaba trabalhando com os dois, sempre, pensando na singularidade, não adianta. (T3)

[...] daí entra a redução de danos, quando eu falo em estabilização já entra a redução de danos, não necessariamente só a abstinência. [...] no sentido de redução de danos, não nessa ideia mais geral que se faz, mas, por exemplo, o usuário estando aqui, se vinculando ao CAPS ele deixa de estar bebendo, por exemplo, então eu acho que isso é um processo, embora ele saia daqui às vezes e vá beber, não todos os dias, mas ele estando aqui e não estando bebendo nos momentos que ele está aqui, é uma terapia de substituição, vamos dizer assim [...] que ele consiga não aumentar o uso ou estabilizar aquele uso, nesse sentido o CAPS funciona como essa redução de danos, quando ele consegue estabilizar o consumo e não aumentar. (T2)

Considerando a perspectiva clínica e considerando a perspectiva política, ou seja, tanto a dimensão de reinserção social e de uma posição subjetiva diante da sua vida, eu acho que o processo ele teria que identificar em cada paciente como ajudar nestas duas dimensões. Um dos objetivos da reforma é recuperar o lugar de cidadão, o lugar de sujeito na sociedade, de reinserir, em função de seu transtorno ele sofre dificuldades de trabalho, de educação, de socialização. [...] objetivo do processo terapêutico é identificar qual é o ponto que deveria ser o ponto de investimento do CAPS. [...]. Então entendo que o objetivo é esse: identificar em cada paciente qual é a prioridade, qual é o olhar que devemos, qual é o projeto que deveríamos construir pra cada paciente. (T7)

Eu entendo que o propósito do CAPS é mais ou menos esse: dar condição ao sujeito de retomar aquilo que era da vida dele, e reconstruir ou construir algo novo daquilo que ele não pode recuperar [...] a gente aposta na necessidade de em um trabalho do sujeito sob o seu sofrimento, de que esta situação que o envolve, de que precisaria que ele problematizasse um pouco mais, não de uma posição de vitimização, mas de uma posição de comprometimento [...]. (T7)

Observamos nos discursos dos entrevistados, no que diz respeito às concepções relacionadas ao processo terapêutico e ao CAPS ad, características de um processo em movimento, com tensões e conflitos. E é nesse ponto que identificamos o entrelaçamento da história e características de consolidação desse serviço, com a história de constituição e desenvolvimentos dos movimentos reformistas.

Os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária são caracterizados como processos sociais complexos, ou seja, correspondem a um *continuum*, a algo que não cessa em fazer-se e refazer-se, que não se totaliza e que são produzidos no processo de praticá-los. Além disso, a complexidade é marcada pela diversidade de atores sociais envolvidos, tais como trabalhadores de saúde, usuários, familiares, gestores, pesquisadores, entre outros setores/instituições da sociedade, e em função dessa articulação e inter-relação, existem interesses, conceitos e princípios em constantes conflitos e negociações (AMARANTE, 2003; YASUI, 2010). Ademais, esse processo está inserido dentro de um contexto sócio-histórico e os atores sociais são produtores e produtos desse processo.

Em relação à complexidade e processualidade da Reforma Sanitária, destaca-se que as transformações que ocorreram e ainda ocorrem no modelo de assistência, a partir da Constituição de 1988 e da Lei 8.080/90, imprimiram no campo da saúde mental o entendimento ampliado do processo saúde-doença enquanto processo social, que inclui determinantes e condicionantes não estritamente biológicos e propõe que o foco das ações esteja centrado no sujeito – e não na patologia, e de acordo com as suas demandas e necessidades. Disso decorre a necessidade de que o modelo de atenção psicossocial, norteador

das práticas em saúde mental, seja concretizado considerando a desinstitucionalização e pautado pela integralidade e intersetorialidade (CAMPOS e SOARES, 2003; MÂNGIA e BARROS, 2009).

Para tanto, a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde mental requer a articulação dos trabalhadores de acordo com o princípio da interdisciplinaridade e composição de processos terapêuticos que contemplem ações e intervenções para além da própria instituição, ou seja, utilizando-se dos recursos da rede de saúde e até mesmo, tecendo essa rede. Yasui (2010), corroborando com as definições do Ministério da Saúde (2001; 2004; 2005), defende o CAPS enquanto dispositivo estratégico para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e enquanto o principal disparador de transformações na atenção em saúde mental por meio da organização e ordenamento da rede de cuidados em saúde mental. O autor complementa que o “CAPS é meio, é caminho, ao fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores” (YASUI, 2010, p.115).

Nesse viés, a noção de complexidade e processualidade nos mostra que a Reforma Psiquiátrica transcende e supera a reestruturação e reorganização do sistema e serviços de saúde. Não se trata simplesmente da criação ou ampliação de serviços, tais como os CAPS, ou da transposição da estrutura assistencial centrada no hospital/manicômio para serviços de base territorial e extra-hospitalares. A característica processual da Reforma Psiquiátrica vai além, pois pressupõe a construção e reconstrução de concepções, conhecimentos e fazeres que aspiram a outra lógica, oposta ao paradigma psiquiátrico tradicional. Isso se reflete no fortalecimento dos serviços de Atenção Psicossocial enquanto *substitutivos* ao modelo manicomial e não somente enquanto *complementares*.

Haja vista, esses processos traduziram-se na formulação de políticas públicas de saúde que norteiam a organização do atual modelo de atenção em saúde mental. Portanto, a Reforma Psiquiátrica é ao mesmo tempo um processo legal e legítimo e também um processo em movimento, inacabado. Sabemos que os aparatos e diretrizes legais não são suficientes para desconstruir/superar/inverter o modelo psiquiátrico tradicional de assistência e tratamento ao sujeito em sofrimento psíquico, centrado na instituição hospitalar/manicomial, no saber psiquiátrico, no diagnóstico e na medicalização. A reforma no modelo de atenção e nas práticas de cuidado em saúde carece da capacidade de invenção e produção de novas noções e conceitos por parte dos principais envolvidos nesse processo – os trabalhadores de saúde, aliados aos usuários e familiares, para que se criem novos paradigmas assistenciais no campo

da saúde mental (ou se superem os antigos) e para a consolidação de um novo olhar e lugar social ao sujeito que sofre (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

Yasui e Costa-Rosa (2008) assinalam que na prática dos trabalhadores de saúde mental os desafios são intensificados, pois as mudanças pretendidas pela Reforma Psiquiátrica, tanto em relação à dimensão teórico-conceitual quanto à dimensão técnico-assistencial, muitas vezes não são contempladas na formação dos trabalhadores de saúde. Destacam que os trabalhadores são “formados e formatados” (p.29) a partir do modelo médico-centrado hegemônico, com base em práticas disciplinares, fragmentadas e divididas em especialidades, as quais não possibilitam que os profissionais construam um olhar ampliado sobre a realidade, e conseqüentemente sobre o processo saúde-doença. Situam que esses trabalhadores, produtos dessa formação, se vêem em um impasse ou conflito, já que têm a responsabilidade de implantar a proposta do novo modelo de atenção em saúde mental. Para tanto, necessitam empreender uma ruptura radical com muitos dos conhecimentos adquiridos nos anos de formação acadêmica e a revisão de muitas das concepções ideológicas e éticas construídas. Percebe-se então que “esse conflito entre proposta e prática, intenção e gesto, gera uma tensão permanente no cotidiano institucional revelando a contradição entre os paradigmas que sustentam os diferentes modelos de cuidado” (p. 29-30).

Consideramos interessante trazer para a discussão algumas questões que se colocam aos trabalhadores de saúde mental: de que maneira as transformações, oriundas dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, são capazes de situar a atenção psicossocial em sentido contrário às práticas que pretende substituir? De que forma, no cotidiano das ações nos serviços de atenção psicossocial, se produzem desconstruções de concepções que sustentam o modelo psiquiátrico hegemônico e se (re)constróem novos conceitos, novas estratégias, novos fazeres alternativos e substitutivos ao modelo asilar? Como operar, em meio a uma transição paradigmática, para que o CAPS funcione como um local privilegiado da construção de antimanicômios, levando em consideração que manicômio não é apenas uma estrutura física, mas que transcende aos muros por se tratar de uma prática social, cultural, política e ideológica? (MERHY, 2007).

A proposta então é a de pensar e problematizar maneiras de fabricar “CAPS antimanicômios” (MERHY, 2007, p. 60). O autor considera que a direção para a constituição de redes substitutivas ao hospital psiquiátrico e ao paradigma asilar se dá no sentido de apostar na criação e organização de CAPS enquanto recursos centrais para a implementação da política nacional de saúde mental e do movimento antimanicomial. Porém, destaca a idéia de que “quem promete ser alternativo e substitutivo de um outro modo de produzir ações de

saúde, ou mesmo, quem do seu lugar faz uma leitura crítica das formas hegemônicas de se construir práticas de saúde; só pode estar no olho do furacão” (p.55).

Nessa via, Merhy (2007) considera que os trabalhadores de saúde mental se encontram no olho do furacão antimanicomial, permeados por um campo de conflitos e tensões. O que equivale dizer que se situam nesse processo de transição/ruptura de lógicas e perspectivas que orientam os modelos assistenciais em saúde mental. Acrescenta que os trabalhadores, na tarefa de fabricar essas novas lógicas de cuidado calcadas no modo psicossocial, defrontam-se com dúvidas e questionamentos. Percebe a incerteza enquanto algo positivo, pois entende que o CAPS não deve ser o lugar da certeza antimanicomial, já que isto poderia acarretar a cristalização e estagnação de atos cuidadores, ou seja, inviabiliza a produção de processos de transformação. Propõe o espaço institucional do CAPS enquanto um campo que instigue a experimentação, a invenção, a reflexão, a auto-análise, a crítica, o criar-se e recriar-se. E ainda, que possibilite a resignificação de saberes e práticas através do olhar e da escuta do trabalhador em relação ao seu próprio fazer cotidiano. Sugere que na práxis nos CAPS não sejam seguidos modelos, receitas ou protocolos, mas sim que os trabalhadores tenham como norte e ênfase o usuário e suas necessidades, já que ele é quem dá sentido ao trabalho em saúde.

Para se produzir CAPS antimanicômios e desconstruir a realidade manicomial para além da queda dos muros asilares, julgamos interessante contextualizar novamente o conceito de desinstitucionalização enquanto um balizador para a concretização dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e para a construção de atos de cuidado orientados pelo paradigma da atenção psicossocial (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

Desinstitucionalização, portanto, caracteriza-se pela construção de novas realidades, novas posturas, novas concepções, novas relações com o sujeito em sofrimento psíquico e novas formas de tratá-lo, através do rompimento com o instituído e da desconstrução de saberes, práticas e atitudes que estão a serviço da lógica psiquiátrica tradicional de disciplinarização, controle e tutela dos corpos, rotulação, estigmatização e captura ou negação da subjetividade dos chamados doente mentais (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011; AMORIM e DIMENSTEIN, 2009; AMARANTE, 1996, 2003; HIRDES, 2009; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2005).

Assim sendo, desinstitucionalizar implica que os trabalhadores problematizem e reflitam em relação às instituições nas quais estão inseridos, às práticas que nelas se produzem e em relação ao efeito dessas práticas sobre os usuários dos serviços de saúde mental. Dito de outra maneira, necessitam questionar as próprias ações, o lugar e papel que ocupam dentro da

instituição, as cristalizações, engessamentos, enrijecimentos que atravessam seus saberes e fazeres. Pois, acredita-se que os desdobramentos do processo de desinstitucionalização possibilitam a ampliação do olhar e do agir em relação ao cuidado na Atenção Psicossocial, prevenindo a repetição e reprodução da lógica manicomial da qual se quer escapar, principalmente no que diz respeito à privação dos usuários em participar ativamente da condução e decisão sobre seu processo terapêutico (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011). Nessa perspectiva, podemos conceber que estamos diante da destacada necessidade do rompimento com os nossos “manicômios mentais” (PELBART, 1991).

Urge incendiar o manicômio que existe dentro de cada operador, a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber. Caso contrário, corre-se o grave risco de destruir o manicômio, superando-o como espaço para a massa, de flagrante aniquilamento da pessoa, porém criando centenas de pequenos manicômios itinerantes onde cada operador pode funcionar como um cadeado, como uma camisa de força, como um poderoso psicofármaco. Somente explodindo o manicômio introjetado, a demanda internalizada da ‘solução manicomial’, poder-se-á chegar a um trabalho efetivo de transformação da abordagem cotidiana do sofrimento psíquico (DELGADO et al., 1991, p. 17, apud OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

Para finalizar essa categoria temática, salientamos os apontamentos de um dos entrevistados, quando refere a importância da qualificação dos fazeres e saberes dos trabalhadores e ao situar o espaço das reuniões de equipe enquanto possibilidade de evitar a burocratização das práticas no CAPS ad pesquisado. Concebemos que esses espaços de problematização e construção compartilhada, tais como as reuniões de equipe, podem servir enquanto dispositivos potenciais para que os trabalhadores discutam e reflitam sobre o seu próprio trabalho e suas concepções. Ademais, são espaços de trocas e aprendizagens e que permitiriam a construção de uma abordagem interdisciplinar na efetivação do processo terapêutico.

Acho que falta de qualificação para a equipe, é algo importante, mesmo que a qualificação ela vai se dando no decorrer do serviço, mas ela é importante, porque periodicamente precisamos parar para pensar tudo, as mesmas coisas de novo, que pensamos de outro jeito, porque a tendência que quando está no serviço, é que aprendeu de um jeito e vai fazer do mesmo jeito sempre, porque não consegue sair fora, se sair fora um pouco vai olhar de novo as coisas da rotina e tem uma possibilidade de encontrar maneiras diferentes de agir. Então, a ideia da burocratização, ou seja, acaba repetindo as mesmas coisas quando poderia fazer algo diferente. Eu entendo que até aqui no CAPS, este é um perigo que conseguimos reduzir bastante, porque estamos periodicamente problematizando, se isto está funcionando ou não, acho que a reunião de equipe nossa é uma reunião que discute

caso, mas também é uma reunião que discute a equipe, que discute o que queremos de tratamento. (T7)

3.2 A construção do processo terapêutico e a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia de produção de cuidado no CAPS ad

A presente categoria temática parte da compreensão de que, na construção dos processos terapêuticos, a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode servir enquanto uma estratégia de produção de cuidados no CAPS ad, alinhada aos pressupostos do paradigma da atenção psicossocial. Ademais, salientamos que é uma forma de sistematização do trabalho em equipe, com o estabelecimento de objetivos comuns e com uma direção produzida coletivamente. Entendemos o PTS não somente enquanto uma técnica de trabalho ou um dispositivo burocrático, protocolar. Situamos a sua proposta no sentido de uma ética, um caminho, que leva em consideração a efetiva participação do usuário no seu próprio processo terapêutico. E ainda, o PTS pode ser entendido como um dispositivo que facilitaria a organização do trabalho interdisciplinar, a horizontalização dos saberes, o compartilhamento de responsabilidades (co-responsabilização) entre diferentes atores e setores que participam do processo terapêutico do usuário, bem como o compartilhamento do caso com a rede de saúde. Sob esta perspectiva, o PTS é uma forma de olhar para o processo terapêutico tomando o usuário como centro desse processo, ou ainda, é um dispositivo que permitiria a transposição de um modelo médico-centrado para um modelo usuário-centrado de cuidado em saúde mental.

O processo terapêutico no CAPS ad pesquisado, de acordo com os trabalhadores entrevistados, é organizado da seguinte forma: recepção do usuário que chega ao serviço; agendamento para a participação no grupo de acolhimento; realização da entrevista de acolhimento e formalização de um contrato terapêutico; elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e reavaliação e alterações deste projeto no decorrer do processo terapêutico.

Quanto ao acolhimento, há um consenso nas falas dos entrevistados sobre o modo como ele acontece. O processo de acolhimento é realizado através de dois dispositivos: grupo de acolhimento e entrevista de acolhimento individual. A chegada do usuário do serviço, para o acolhimento, se dá tanto espontaneamente quanto trazido por um familiar ou outra figura de

referência. Além disso, pode chegar até o CAPS ad encaminhado pelos serviços da rede de saúde do município.

A chegada do usuário no serviço aqui é por demanda espontânea, seja por ele mesmo, seja por, às vezes, pressionado pela família, pela Justiça, encaminhados pela Unidade de Saúde ou pelo Hospital Universitário, enfim, são vários os caminhos que o usuário tem pra chegar até aqui. (T6)

[...] chegam espontaneamente encaminhados por outros pacientes, que trazem conhecidos, do Hospital Universitário, do Poder Judiciário, das Unidades Básicas. (T7)

O usuário que chega ao serviço, para iniciar seu processo terapêutico, necessita participar do grupo de acolhimento, que ocorre quinzenalmente. A participação no grupo se dá através de agendamento por algum dos trabalhadores que recebem o usuário na sua chegada ao CAPS ad:

[...] o primeiro contato dele conosco é pelo agendamento, tem que passar por um acolhimento [...] Então o usuário vem, agenda, é toda quarta-feira, quinzenalmente as quartas-feiras, ele vem, chega, faz o agendamento, depois vem pro grupo de acolhimento. (T6)

Neste grupo, coordenado pelo Assistente Social do local pesquisado, é realizada uma explicação sobre o que é o CAPS ad, apresentado o funcionamento do serviço e fornecidas informações em relação ao uso de álcool e drogas:

[...] explanação de como funciona o CAPS, o que é um CAPS, o papel dele na rede de atenção do município, tudo que ele precisa pra ser atendido aqui [...] (T3)

[...] ele tem que passar pelo grupo de acolhimento, onde são dadas as informações gerais de como é acontece o tratamento, como é que é a dinâmica do CAPS [...] informações que a gente pressupõe que sejam básicas pra ele entrar aqui no CAPS [...] (T2)

Após a participação do usuário neste grupo, é agendada uma entrevista de acolhimento individual, a qual pode acontecer no mesmo dia do grupo ou nos dias seguintes. De acordo

com um dos entrevistados, o acolhimento individual tem sido feito, atualmente, por todos os trabalhadores do CAPS ad:

[...] até esses dias a gente criou uma outra, não vou dizer uma regra assim, mas uma organização no sentido de cada técnico ter um horário pelo menos por semana pra fazer a entrevista, porque eu achei que estava sobrecarregando muito, algumas pessoas faziam três entrevistas enquanto outras nenhuma, então eu digo, vamos fazer assim, todo mundo tem que fazer, então vamos dar um horário pelo menos de cada técnico pra fazer as entrevistas semanais, ou quinzenais. (T2)

Nos dois momentos de acolhimento, é solicitado que um familiar ou figura de referência do usuário esteja presente:

[...] participa da entrevista de acolhimento o paciente e um familiar, de preferência, um responsável. (T3)

Eu acho muito importante, sempre tento trazer o familiar, ou pros grupos ou se não puder participar dos grupos, a gente se coloca sempre a disposição, pra eles ligarem, pra estarem passando informações. (T5)

Dou uma ênfase bem grande também sobre a co-dependência, porque é importante a participação do familiar, aqui no tratamento, no grupo dos familiares, que, nós percebemos que quando o familiar participa no tratamento, que está ali acompanhando, o familiar do dependente químico, há uma qualidade nessa recuperação. (T6)

A entrevista de acolhimento individual tem por objetivo oferecer uma escuta das queixas e demandas do usuário, conhecer sua história e suas expectativas em relação ao processo terapêutico, definir o Projeto Terapêutico Singular (PTS) além de firmar o contrato terapêutico entre serviço e usuário. A entrevista de acolhimento acontece baseada em um “roteiro”, ou seja, um formulário em que são contempladas informações referentes aos dados pessoais do paciente; encaminhamento para o serviço; história familiar; história pessoal, escolar e ocupacional; história social; história do uso de álcool e/ou drogas; internações; plano terapêutico e contrato terapêutico (que contêm regras a serem seguidas pelo usuário ao freqüentar o serviço). Esse formulário deve ser preenchido pelo trabalhador que faz a entrevista individual e dá abertura ao prontuário do usuário do CAPS ad.

[...] a gente sempre procura não olhar o diagnóstico em si, mas sim a pessoa, vendo todo o seu histórico, a sua história progressa, as dificuldades por ele

encontrada, a história de cada um com, com bastante detalhes, e as vezes são nesses detalhes é que a gente vai perceber depois a diferença mais adiante no plano terapêutico, e definir tudo que está mais de acordo com ele através da história dele. (T3)

[...] entrevista individual, na qual vai ter esta escuta mais individualizada do caso, o paciente vai contar sua história e poder construir. A ideia é mais ou menos esta: construir junto um tratamento que leve em consideração tanto o que o CAPS tem a oferecer quanto aquilo que paciente se dispõe (T7)

[...] tem uma parte que a gente tem que preencher a entrevista com informações que o paciente está nos prestando, mas primeiro eu espero, eu peço pra ele me falar o porquê que ele veio procurar o tratamento [...] aí depois então, [...] passo pra preencher o prontuário. E aí depois de preencher o prontuário eu junto com as informações que ele vai prestando e as informações do início, eu monto o plano terapêutico. Hoje por exemplo eu tento não colocar muito os pacientes na modalidade intensiva, porque a gente já está bastante lotado, eu procuro sempre no início falar sobre a dependência química, [...] tentar encaminhar ele pra alguma outra coisa, não só esse serviço, [...] tentar sempre preencher o tratamento com esse tipo de coisa, não só que ele fique dependente desse tratamento aqui. (T5)

Aí nessa entrevista individual é feito o prontuário dele, é preenchido o prontuário dele, onde é feito um, um pequeno apanhado do seu histórico de família, escolar, trabalho e da própria dinâmica da dependência química, quando iniciou, o porquê que ele acha que iniciou, até hoje. E nessa entrevista individual é feita também, é sugerida, que tudo é sugerido pra eles... porque depende também do usuário, [...] é sugerida uma frequência aqui no serviço, uma modalidade, aí se ele aceita essa sugestão, ele começa a frequentar o que foi definido naquele momento, da entrevista individual. (T6)

[...] no contrato terapêutico [...] quem faz o contrato terapêutico com ele, também conversa com ele, [...] explica sobre as oficinas que tem pra oferecer e quais são as que eles gostariam de participar, se tem afinidade, coloca sobre psicoterapia se está disponível ou não, pra ver se ele gostaria, se ele se adequaria. [...] essas coisas assim também, eles também participam. (T1)

Então, na entrevista individual de acolhimento, o trabalhador do serviço preenche o formulário de acolhimento e elabora, juntamente com o usuário e seu familiar ou acompanhante, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual é denominado pelos trabalhadores de plano terapêutico. A construção do PTS leva em consideração a história do usuário, sua individualidade, necessidades atuais e a disponibilidade do serviço. Além disso, as definições do PTS são posteriormente discutidas em reunião de equipe.

Essa definição vai levar em consideração o que o serviço tem para oferecer, levando em consideração isso e aquilo que o paciente pede e aquilo que o técnico também avalia. Então acho são três elementos que temos que considerar: os recursos disponíveis enquanto tecnologia, avaliação do profissional e o que o paciente está buscando.[...] O profissional tem a liberdade de decidir junto com o paciente qual é a melhor proposta, a construção deste projeto terapêutico. Depois o profissional leva para o grupo, para reunião de equipe, e tentamos dar ok, ou até sugerir algumas mudanças, mas não necessariamente todos passam pela reunião de equipe [...] a definição do projeto terapêutico, do plano terapêutico ele é definido nesta primeira entrevista, o começo do tratamento, fica bem claro tanto para o paciente, como para todos nós está claro, que é o ponto de partida, que pode ser alterado a qualquer momento e isso efetivamente é o que tem de mais comum. (T7)

[...] eu acho que tudo pode ser terapêutico, vai depender da individualidade de cada um, né. É, é uma coisa que não tem como a gente dizer, não é uma receita de bolo, vai ser bom pra um, vai ser bom pra outro. (T2)

[...] na entrevista, eu sempre pergunto na entrevista “o que tu, quanto tu está disposto a dar no tratamento”, e as vezes a gente volta a conversar, porque as vezes o que que eles fazem, eles dizem o que a gente quer ouvir, “ah, eu quero parar, eu quero parar com isso, parar com aquilo”, mas as vezes, quando a gente vai acompanhando a vida deles, a gente vê que não é bem aquilo que eles disseram. Então a gente acaba fazendo uma leitura um pouco mais ampla, talvez um pouco mais fiel do que realmente eles querem. (T2)

[...] na entrevista de acolhimento, a gente escolhe o plano terapêutico do paciente, vê em quais grupos o perfil daquele paciente se enquadraria melhor [...] (T3)

É escolhido naquele momento um plano terapêutico, se, o entrevistador fica em dúvida, a gente leva pra reunião e pra tentarmos escolher em equipe, qual é o melhor grupo pra ele, [...] normalmente a gente agenda também uma consulta com o psiquiatra, algumas vezes pro clínico, quando tu vê que o paciente chega totalmente desassistido de acompanhamento médico, encaminha pro clínico. (T3)

O plano terapêutico a gente faz também na reunião de sexta-feira, na medida do possível, nem sempre é possível. [...] a gente reúne três ou quatro que tão ali –“ai, vamos determinar isso aqui”, daí a gente determina um plano terapêutico as vezes com três, quatro, que não seja na sexta-feira, e depois a gente revê, então... mas na medida do possível a gente faz as coisas mais calma na sexta-feira. (T1)

De acordo com a fala de um dos entrevistados, os objetivos estabelecidos no PTS devem ser de curto prazo, devido à especificidade e características do usuário do CAPS ad:

[...] estabelecer objetivos, assim, a longo prazo, não funciona, tem que ser muito curto o prazo, assim, porque, até porque faz parte dessa questão da dependência química, eles às vezes se frustram porque não conseguem fazer determinada coisa, reinserção no mercado de trabalho é difícil, a gente teve dois ou três aqui que já voltaram pro mercado de trabalho, e acabam ficando dois, três meses, aí recaem, ficam com vergonha e não voltam pro CAPS. Então por isso que tem que ser curto o negócio, não pode ser muito longos os objetivos. E quando a gente vê que a coisa vai indo, a gente está sempre reformulando, vendo como é que vai. (T2)

A partir da elaboração do PTS, os encaminhamentos são feitos. Alguns dos encaminhamentos são: consulta com o psiquiatra, com o clínico geral, com o psicólogo, participação nos grupos terapêuticos e nas oficinas:

[...] depende muito do que o usuário se adéqua [...] por exemplo, tem oficina de música, tem usuário que gosta, que pra ele é legal aquilo [...] o que é bom pra cada um, o que vai ser legal pra cada um. (T1)

Pela história que ele me passa, pelos gostos dele, por tudo quer a gente vai conhecendo do paciente [...] porque não existe uma receita, a gente pode não acertar, mas vai tentando a partir das preferências do paciente, o que ele gosta. (T5)

[...] avaliação clínica geral, pra ver se o usuário tem alguma outra comorbidade, alguma outra doença, se precisa de algum outro tratamento. E marco a consulta psiquiátrica, pra medicação, que todos eles iniciam geralmente sem a medicação, e pergunto pra ele se ele vê a necessidade de um atendimento psicológico. (T6)

Percebemos que a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) se dá marcadamente a partir da definição da frequência do usuário no CAPS ad, ou seja, na sua inserção em uma das três modalidades de atendimento do serviço: modalidade intensiva (frequência diária), modalidade semi-intensiva (frequência em alguns dias da semana) ou modalidade não intensiva (frequência pontual para realização de algum atendimento ou participação em oficina ou grupo terapêutico). A definição da frequência no serviço vai depender das necessidades do usuário e dos cuidados que precisam ser despendidos a ele. Além disso, atividades propostas ao usuário são pensadas a partir da disponibilidade do mesmo em frequentar o serviço e da própria capacidade do CAPS ad em atender a grande quantidade de usuários. Destacamos também, que a avaliação da efetividade ou não do processo terapêutico parece estar vinculada a essa frequência:

[...] pacientes que precisam de um suporte maior precisam de cuidados mais intensivos mesmo, então a gente vê que eles precisam de mais cuidados, então a gente vai colocá-los todos os dias ou só de manhã, ou só de tarde. [...] então depende muito da necessidade do usuário. (T1)

[...] é sugerida uma frequência aqui no serviço, uma modalidade, aí se ele aceita essa sugestão, ele começa a frequentar o que foi definido naquele momento, da entrevista individual [...] é um apanhado de informações que daí a gente analisa naquele momento, a sua disponibilidade também pra fazer o, a frequência aqui, se ele tá trabalhando ou não [...] essa coleta de dados, essa coletânea de informações que é definido, é sugerido uma frequência. Aí o usuário aceita ou não. (T6)

Ainda em relação a como é elaborado o PTS, um dos entrevistados destaca como é feita a decisão pelo tipo de tratamento, bem como a passagem do tratamento intensivo ao semi-intensivo e ao não intensivo:

[...] a gente sabe que o planejamento é muito individual, que cada paciente tem uma forma de reagir aquilo que a gente propõe, que não tem um tempo, eu não posso estipular 'tu vais ficar tanto tempo no intensivo', porque o progresso seria esse, o paciente que está mais... debilitado, mais fragilizado socialmente, economicamente, de saúde, com toda uma série... afastado da família, sem suporte nenhum, deveria ficar no intensivo, aí até... nesse intensivo ele deveria ser trabalhado até ele conseguir se fortalecer um pouco mais, melhorar de saúde, e pra conseguir passar pros que a gente chama de semi-intensivo, que ele frequentaria menos vezes o serviço, e daí ele já teria que procurar, a gente orientaria, ajudaria nesse processo ele teria que procurar fora do serviço outros locais pra que ele pudesse enfrentar a vida fora daqui, mas com nosso apoio por trás, com nosso suporte, e quando ele já estivesse bem mais estabilizado ele passaria pro não intensivo, ou seja, assumiria a vida dele fora daqui, mas continuaria vindo aqui pra consultas médicas, pra conversar... isso seria o plano [...] (T4)

Os profissionais apontam que há um controle da execução ou não do plano terapêutico, se o usuário está frequentando o serviço conforme acordado, se participa das oficinas e das outras atividades propostas a ele:

[...] ele tem que seguir aquilo que foi definido como plano terapêutico. Se o seu plano terapêutico foi intensivo, todas as manhãs, ele terá que participar de todos os grupos que foi escolhido pra ele participar, anotar no livro, pra gente ter um controle se realmente estão ou não [...] a gente tem que monitorá-los pra ver se eles estão seguindo aquele plano terapêutico que foi definido pra eles. Às vezes, se não vem, a gente liga, fala com o familiar, diz 'o que está acontecendo?', pra tentar, desta forma, ver se está dando certo ou não aquilo que a gente definiu, porque nada é estático, a gente poderá mudar depois, se vê se ele está se adaptando aquele plano terapêutico ou se não está (T3).

Percebemos, nas falas dos entrevistados, que há um consenso sobre como deveria se dar a efetivação do PTS. Concebem que a reavaliação e as mudanças no projeto de cada usuário devem ser discutidas em reunião de equipe, a qual ocorre semanalmente, e registradas nos prontuários, porém, isso nem sempre acontece:

[...] eu acho que com essas reuniões isso mudou bastante, que todos passaram a ter a mesma linguagem e o mesmo comportamento, e decidir as coisas, a gente decide individualmente, mas a gente leva a situação pra reunião, e aí vê a opinião de todo mundo, se tiver que mudar aquela decisão que a gente teve individual a gente muda sem problema nenhum, chama o paciente explica novamente – ‘ó conversei com a equipe, e a equipe achou por bem que não deveria ser assim como eu te orientei, mas de outra maneira’, aí muda essa situação, ou a equipe confirma aquela decisão que tu tomou, aí tudo bem a gente permanece [...] (T4)

[...] mas geralmente cada um de nós define, depois coloca isso na reunião de equipe, e durante, naquele decorrer de um mês, que a equipe daí vai pensar, vai estar observando o usuário, e daí sugerir ou aumentar ou diminuir a frequência. [...] É discutido na reunião de equipe, com a equipe, ou até antes da reunião, é trocada uma ideia técnica entre os profissionais e é chamado o usuário e conversado com ele, né, pra ver se concorda ou não, se ele aceita ou não a nossa percepção, que a gente acha que é melhor pra ele, considera melhor pra ele. (T6)

[...] no prontuário existe lá, reavaliação, mas eu, que eu tenho percebido que a maioria dos profissionais não fazem isso. (T5)

Muitas vezes, a reavaliação e as alterações no projeto terapêutico são definidas pelo profissional de referência e pelo usuário:

[...] embora às vezes a indicação inicial não tenha que ser, às vezes tem que ser reformulada, às vezes a gente indica alguma coisa mas de repente não foi bem tolerado, não foi bem, não foi aquilo que a gente esperava, então algumas modificações vão sendo feitas, assim, porque é muito dinâmico esse processo de ajuste da pessoa aqui no CAPS. (T2)

Mas essas alterações não circulam entre os outros profissionais do CAPS ad:

Muitas vezes as alterações no tratamento não são formalizadas, mas elas acontecem [...] algumas mudanças no processo terapêutico, elas acontecem de maneira geral ou quase sempre há essa definição das duas partes interessadas do paciente e familiar e do CAPS representado pelo seu profissional. O profissional tem

uma autonomia para poder fazer essa alteração. O que acontece nisso e pode parecer uma falha é que muitas vezes não é registrado ou muitas vezes não é compartilhado na equipe. (T7)

Alguns profissionais destacam os procedimentos utilizados por eles para fazer a reavaliação do PTS:

[...] eu sugeri que houvesse um atendimento mais pro pessoal do intensivo do que pros do não intensivo, e aí foi feito isso, então a equipe agora ela está dando... de psicólogos está dando atendimento mais individualizado para os intensivos, pra gente conseguir fazer a coisa andar, isso foi uma outra mudança que aconteceu que não tinha, além dessa definição realmente, das etapas do intensivo, não intensivo e semi-intensivo, e da participação maior dos funcionários pra contato direto com os pacientes, assim, estar chamando pra conversar, a gente fez as reavaliações que a gente chama, então de tempos em tempos a gente chamava todos os pacientes, de seis em seis meses a gente chama todos os pacientes pra conversar, pra saber como está, qual é a situação, mas a gente tem contato diário [...] (T4)

Eu tenho um procedimento que eu adoto sempre depois de um mês, estar ligando pra esse paciente [...] depois da entrevista, depois de um mês eu ligo pro paciente ou ligo pra um familiar pra saber como é que está o andamento do tratamento, aí a gente pode fazer algumas modificações. (T5)

[...] tentamos dar, reconhecer, perguntar, chamar o paciente pra falar sobre o seu tratamento. Nós já tentamos vários recursos pra efetivar isto, desde avaliações periódicas, da participação deles nas assembleias, de chamá-los a qualquer momento pra falar sobre o tratamento, que eles pudessem nos chamar, então nós temos, enquanto equipe aqui no CAPS, esta disponibilidade pra escutar o que eles têm a dizer. (T7)

A reavaliação do PTS e as mudanças no processo terapêutico parecem estar também, relacionadas à questão da frequência do usuário ao serviço:

[...] durante o decorrer, geralmente um mês, a gente fica analisando se aquela... eu até falo pro usuário também, 'se você perceber que nesse um mês essa frequência tua está sendo muito pouca, você pode sugerir, que nós aumentemos os dias de frequência, aí a gente vai ter que avaliar se há possibilidade ou não, se você acha que está muito, se você acha que pode vir menos, fala com alguém da equipe que daí a gente diminui a frequência [...] (T6)

Acontece por meio da frequência do usuário no serviço, se ele está vindo, no que foi acordado na entrevista individual, na participação nos grupos, o que ele

traz nos grupos, na interação dele com os demais usuários, com a equipe, com o que a família, quando a família, quando o familiar vem. (T6)

[...] critérios que indiquem uma melhora e, portanto, parta da equipe fazer esta proposta de alteração, quanto os critérios de melhora percebidos pelo próprio paciente que solicitam uma mudança, uma diminuição [...] Assim o critério que nós possamos pensar é que eles não estão estabelecidos *a priori*, é como se a qualquer momento o paciente e o profissional, o paciente e o CAPS, pudessem sentar e ver se poderia alterar, se poderia mudar o tratamento a partir do que se constrói nesta entrevista. Porque às vezes o paciente propõe mudar para mais ou pra menos e a equipe acha que não, ou a equipe propõe mudar pra mais ou pra menos e o paciente acha que não, então a definição do processo, de alguma alteração é definida, mesmo que ela possa estar definida antes, sendo a entrevista com o paciente decisiva. (T7)

[...] no decorrer do tempo [...] medida que vai evoluindo [...] a gente reavalia pra mudança de plano terapêutico, [...] a gente vai progredindo, o paciente vai progredindo pra que a gente vá diminuindo, passando do intensivo pro semi-intensivo. [...] Às vezes isso é uma dificuldade porque o paciente não vê isso como uma evolução, mas vê isso como uma punição, “ah, estão me punindo, não vou mais poder vir todos os dias, vou começar a vir, três vezes por semana, o que que eu fiz de errado? Porque que os outros continuam vindo?”. (T1)

Há uma fala de um dos entrevistados que problematiza a avaliação do processo terapêutico e a reavaliação do PTS, na tentativa de deslocar o objetivo do processo terapêutico com foco na abstinência:

O grande problema, no caso do nosso CAPS, o grande perigo é sempre avaliar o processo a partir da abstinência, a partir do não uso, quando conseguimos relativizar isso, eu entendo que nós estamos indo bem, porque a abstinência é quase sempre um ideal da equipe e do familiar, e do paciente às vezes e às vezes não é. Então quando acreditamos que ele está colado neste ideal, estamos negando outra dimensão dele, que é a de que, talvez em alguns momentos, ele não queira isso. (T7)

Quanto à possibilidade de o usuário receber alta ou ser desligado do serviço, poucos dos entrevistados falaram sobre esta questão, a qual parece acontecer pouco no CAPS ad estudado e estar bastante vinculada à abstinência:

[...] a gente tenta forçar sempre pra que... tentar mostrar pra eles que é bom, que a gente quer dar alta, e que a gente não quer institucionaliza-los aqui e mantê-los cronicamente aqui, é uma coisa complicada isso [...] os pacientes estão em abstinência há bastante tempo, já estão fisicamente bem, já estão em condições de trabalhar, [...] pacientes que já estão se reinserindo, então eles já tão prontos pra fazer realmente essa reinserção social, e a gente também consegue muitas vezes pra eles fazerem algum curso [...] eles mesmos já vão se desligando, o que é mais raro, quase sempre a gente tem que estar empurrando, que eles se aquerenciam. (T1)

O processo de alta ou desligamento do serviço é percebido pelos trabalhadores enquanto umas das dificuldades do trabalho no CAPS ad. Referem que há pouco suporte da rede de serviços de saúde e de outros setores (educação, cultura, geração de renda, lazer...) para que o processo terapêutico possa ter continuidade fora do CAPS ad. Percebe-se que há pouca articulação entre o CAPS ad e os demais recursos da rede de produção de cuidado em saúde mental do município em que o serviço estudado se localiza. Concebemos que o processo terapêutico e a elaboração do PTS ainda estão muito centrados dentro do próprio CAPS ad e dos recursos terapêuticos ali disponíveis, sem que ocorra o compartilhamento dos casos com a rede de saúde. Podemos entender que esses elementos contribuem para a dificuldade nos processos de alta ou desligamento do serviço.

Outra dificuldade é a rede também, às vezes a gente não tem uma rede que possa suportar, fora daqui, a continuidade do tratamento, as coisas se perdem muito, apesar de que isso estar mudando, eu já percebi mudanças, mas acho que ainda é uma dificuldade pra nós. (T5)

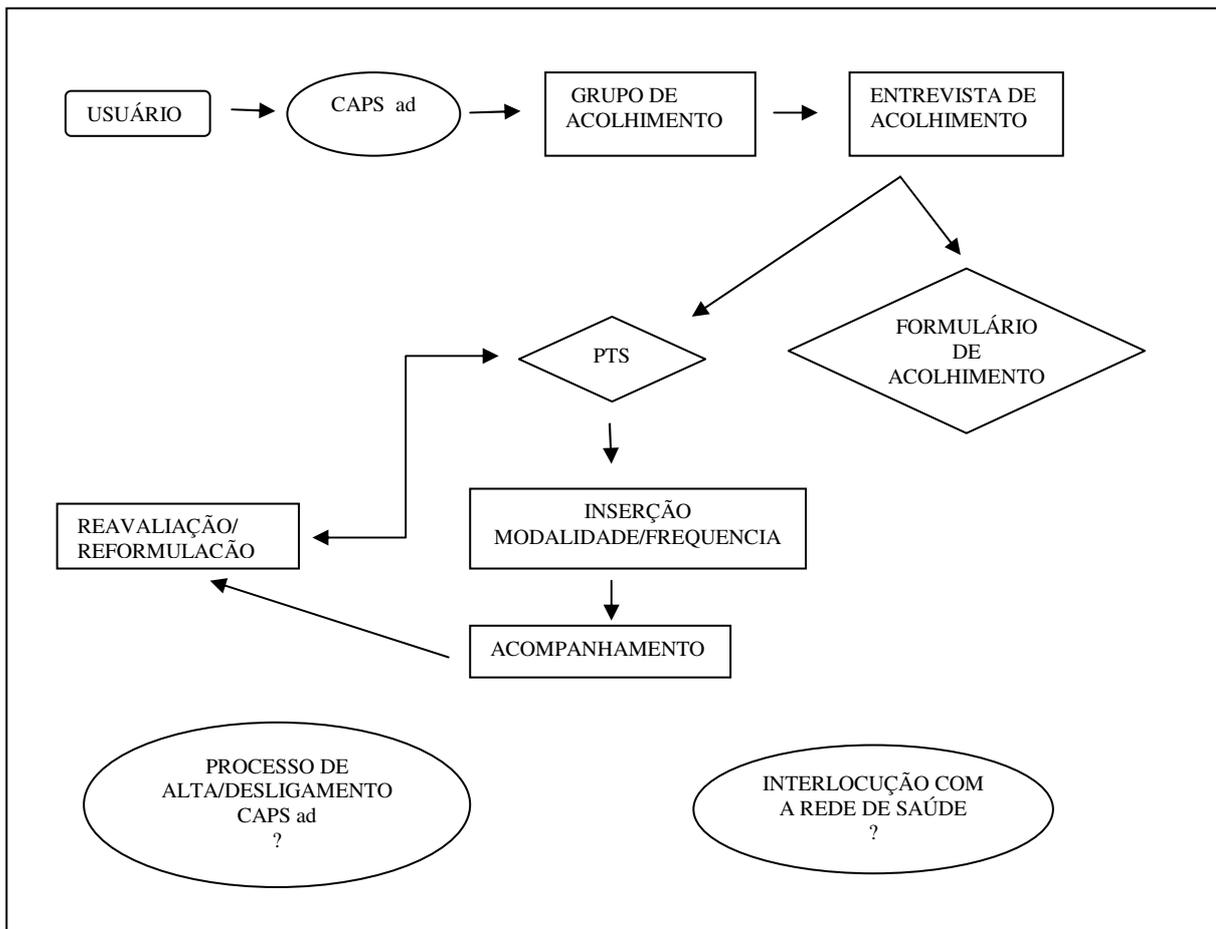
[...] dificuldade de acessarmos outros recursos públicos, não necessariamente fazendas, de encaminhar esses pacientes que estão no não-intensivo para outras formas de atendimento, menos complexas, ou seja, nos PSFs, nas Unidades Básicas, nos ambulatórios. (T7)

[...] a gente não tem como desvinculá-lo, depois do momento que entra aqui no serviço é difícil tu desvincular mesmo do serviço, tu pode ir mudando sim, o plano terapêutico do paciente, “bom, agora tu já está mais compensado, tu já está mais estabilizado, tu poder sair do intensivo pro semi-intensivo, mais tarde do semi-intensivo pro não intensivo”. Mas esse não intensivo nunca vai acabar, o paciente vai ta sempre ligado, claro, muito raramente acontece de tu dar alta pro paciente e “bom, agora tu não precisa mais vir aqui, tu não precisa mais vir ao psicólogo, tu não precisa mais vir ao psiquiatra”. (T3)

Como destacamos na categoria temática anterior, o processo terapêutico é algo dinâmico, amplo e flexível. Esse processo se inicia com a inserção do usuário no serviço, através das duas modalidades de acolhimento e é composto pelas ações e intervenções realizadas pelos trabalhadores do CAPS ad, que incluem todos os dispositivos terapêuticos oferecidos pelo serviço, tais como avaliações e atendimentos psiquiátricos, clínicos e psicológicos, grupos terapêuticos (para usuários e familiares), oficinas e assembléia semanal com os usuários. Também fazem parte do processo terapêutico as reuniões de equipe dos trabalhadores e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Além disso, o processo

terapêutico conta com a participação, envolvimento e comprometimento do usuário ao frequentar o CAPS ad e realizar as atividades oferecidas pelo serviço, bem como, com a participação dos familiares ou figuras de referência.

A seguir, apresentamos um quadro que sistematiza o processo terapêutico no CAPS ad, cenário de nossa pesquisa:



A intenção em sistematizar o processo terapêutico através dessa figura se dá no sentido de apontar para alguns elementos centrais desse processo. Dentre eles destacamos a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a proposta de acolhimento e a condução do processo terapêutico que acaba por caracterizar-se de forma circular (fechado em si mesmo), pela dificuldade em realizar processos de alta/ desligamento do CAPS ad e a inexpressiva interlocução do serviço com a rede de saúde do município. Além disso, no quadro, demarcamos o usuário enquanto alguém que chega ao serviço de saúde e que se “enquadra” a organização e fluxo da instituição, pois os elementos do processo terapêutico não se ligam a ele. Iniciamos a análise desses elementos a partir da problematização em relação à construção

do PTS e posteriormente discutimos a noção de acolhimento e integralidade, que estão intimamente relacionadas a proposta de elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares.

Retomando ao que anteriormente assinalamos, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) situa-se enquanto um dos elementos que compõe o processo terapêutico. Em nosso estudo interessou-nos compreender como essa elaboração é realizada no CAPS ad, de modo a situá-la enquanto um importante instrumento para a produção do cuidado no serviço de saúde mental que priorize a efetiva participação do usuário numa proposta de construção coletiva e compartilhada entre equipe e usuário, tendo como foco uma situação de interesse em comum (OLIVEIRA, 2009a). Porém, o que percebemos através da nossa investigação foi que, fundamentalmente, o PTS se resumiu a definição da modalidade de atendimento em que o usuário é inserido no serviço, ou seja, a frequência com que participa das atividades do CAPS ad.

Concebemos que a elaboração e efetivação do PTS no CAPS ad pesquisado está ocorrendo, de maneira geral, de acordo com a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL 2007, 2009) destacada na revisão teórica. Nessa proposta, a construção do PTS é organizada por quatro momentos: diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidades; reavaliação. Prosseguiremos nossa análise e problematização relacionando esses quatro momentos propostos pelo Ministério da Saúde com maneira pela qual o PTS é produzido no CAPS ad investigado.

Há na construção do PTS a realização da avaliação inicial do usuário e a definição das intervenções e dispositivos terapêuticos, porém, com ênfase na decisão da frequência do usuário no serviço. Pensamos que essa definição poderia ser deslocada para a construção de ações e abordagens terapêuticas que considerem de forma mais acentuada a singularidade, desejos, necessidades e escolhas do usuário.

Julgamos importante ressaltar esse elemento que apareceu nos discursos dos entrevistados, citados anteriormente, no que diz respeito à elaboração do PTS estar predominantemente marcada pela definição da modalidade de atendimento/frequência do usuário no CAPS ad pesquisado. As definições e escolhas na construção do PTS precisam ser realizadas de forma conjunta, através de relações de diálogo entre trabalhador-usuário-familiar, numa atitude de co-construção, contrato e compartilhamento em que se combinam as ofertas dos trabalhadores – seus saberes e tecnologias de cuidado (aqui entram todos os dispositivos terapêuticos dos quais o serviço dispõe) – com os interesses e demandas dos usuários (CAMPOS, 2009a). Utilizando-se ainda das contribuições de Campos (2009a, p. 73), situamos que a noção de “oferta” diferencia-se da noção de “prescrição”, pois a noção de

oferta “pressupõe a possibilidade de que o usuário a análise de modo crítico, em uma relação dialógica com o profissional, e, em seguida, seja tomada uma decisão compartilhada”.

Nessa perspectiva, a definição pela frequência aparece enquanto uma forma de redução da possibilidade dessa construção coletiva e contratualidade com o usuário, já que a decisão centra-se no trabalhador e na capacidade do serviço em inserir o usuário nas atividades. Além disso, parece-nos uma forma de pensar, agir e organizar o serviço de saúde que corre o risco de desenvolver processos terapêuticos que anulem a singularidade, autonomia, capacidade de crítica, escolha e decisão dos usuários em relação ao cuidado que desejam e necessitam, bem como, corre o risco de invalidar os saberes e recursos da família e do indivíduo.

Cabe aqui destacar a necessidade e importância de que a singularidade seja considerada como elemento central na elaboração do PTS. A dimensão singular é entendida como a

“essência do projeto terapêutico, é o *locus* onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a *ação de saúde* oferecida para alcançar o objetivo de produzir *produtos de saúde*: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhoria da qualidade de vida dos usuários, entre outros (ARANHA E SILVA e FONSECA, 2005, p. 442).

Além disso, o singular remete a idéia de situação específica, particular, peculiar. O singular não seria passível de uniformização, reprodutibilidade. Isto porque é produto do encontro entre sujeitos num determinado contexto. “O singular é o resultado sintético da influência do contexto sobre os sujeitos e, ao mesmo tempo, resulta da intervenção destes sujeitos sobre o contexto e sobre si mesmos; co-produção, portanto” (CAMPOS, 2009a, p.43). Nesse sentido, ao pensarmos na construção de um projeto terapêutico *singular*, faz-se necessário ter essa concepção de singular enquanto algo que também se produz nesse encontro entre trabalhador e usuário, que é algo específico e para uma situação peculiar. Ou seja, direcionado a um sujeito singular entendido para além da doença ou diagnóstico, atentando-se para o modo como os usuários compreendem a si mesmos e ao mundo, incluindo-se aqui, o processo saúde-doença e a experiência de sofrimento.

Em relação ao segundo momento da elaboração do PTS, no CAPS ad estudado, percebemos que ocorre a definição de metas no PTS, que são negociadas e revistas com o usuário e também discutidas entre a equipe. Porém, parece-nos que os trabalhadores apresentam dificuldades em planejar o PTS de forma mais pactuada com os usuários, o que pode inviabilizar seu protagonismo e implicação subjetiva nesse processo, bem como

impossibilitando o desenvolvimento da autonomia e capacidade/poder do usuário interferir na sua relação com a própria vida e com o seu processo saúde-doença. Entendemos que os aspectos anteriormente assinalados evidenciam uma oposição ao paradigma psicossocial das práticas em saúde mental. Além disso, situamos a existência de um desafio colocado aos trabalhadores, no sentido de “lidar com os usuários enquanto sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico” (BRASIL, 2007, p.3).

No que diz respeito à divisão de responsabilidades, dentro da própria equipe, em relação à condução e acompanhamento do processo terapêutico dos usuários, observamos a partir das falas dos entrevistados, que este é um componente do PTS que não está formalizado ou bem articulado entre os trabalhadores do CAPS ad. Já em relação à reavaliação e alterações do PTS, verificamos que ela ocorre, apesar de muitas vezes não ser registrada, compartilhada e discutida entre a equipe. Além disso, os critérios de avaliação da efetividade do PTS parecem estar calcados no alcance ou manutenção da abstinência e as mudanças no PTS baseiam-se no aumento ou diminuição da frequência do usuário no serviço.

Entendemos que esse momento de reavaliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) serve para que a equipe possa discutir, nos espaços das reuniões de equipe, os casos em atendimento no CAPS ad, de maneira a construir e planejar coletivamente uma proposta singularizada para cada usuário. Serve também, para que os trabalhadores revejam suas ações e os objetivos das intervenções, repensem sua prática e a própria organização do serviço e do trabalho em equipe.

Nessa via, Oliveira (2008b, p. 295) afirma que “o PTS se configura instrumento potente para disparar processos de mudança nas práticas de saúde, contribuindo para a diversificação das ofertas nos serviços de saúde”. Acrescenta ainda que um dos grandes desafios e dificuldades para as equipes de saúde que se propõe a fazer PTS está em garantir a continuidade, avaliação e reavaliação do processo terapêutico sem que isso se caracterize em algo burocrático, da mesma forma como a própria construção do PTS pode se tornar. Ou seja, enquanto uma prática de “colocar no papel” intervenções pensadas *para* o usuário, sem que sejam pensadas *com* ele e posteriormente transpostas para o contexto da ação, de modo dinâmico, flexível e que exige constante avaliação da efetividade. Uma estratégia apontada por Oliveira (2008b) para favorecer essa dinâmica de continuidade do PTS seria a escolha de um profissional de referência para o caso. Esse profissional teria a função de articular as construções coletivas de formulação, com a condução das ações e com as reavaliações do PTS, pelo fato de possuir um vínculo estratégico com o usuário.

Concordamos com Pinto et al. (2011) ao apontarem que os projetos terapêuticos, quando construídos e transformados em ações de saúde, refletem as concepções dos trabalhadores sobre a produção do cuidado. Nesse sentido, destacamos a noção de projeto terapêutico trazidas por esses autores, por pensarmos que entender a construção do Projeto Terapêutico Singular nessa perspectiva pode auxiliar para que as ações dos trabalhadores se realizem em maior consonância com tal proposta:

“os projetos terapêuticos são elaborados com base nas necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades, configurando-se numa interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhadores/usuário/família), alicerçados pela utilização das tecnologias das relações que propõe novos fluxos e circuitos dentro do sistema, seguindo os movimentos dos usuários e a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão” (PINTO et al., 2011, p.501).

Ainda em relação à concepção de Projeto Terapêutico Singular, julgamos interessante situar a noção de projeto enquanto algo que não deve ser entendido no sentido de plano. A noção de projeto diferencia-se de um elenco de procedimentos ou protocolos a serem desenvolvidos. Não é um plano, que remete a algo estático. Deve ser pensado aliado a noção de processo e projetualidade. Nesse sentido, o projeto abarca o sentido da construção e reconstrução, do redimensionamento, da possibilidade de ser pensado e repensado na relação entre equipe-usuário-família e incorpora a necessidade de ser uma constante criação/produção que não seja orientada exclusivamente pela organização de atividades e ações para a resolução de um determinado problema, mas sim, seja orientada pelo estabelecimento de uma prática centrada no usuário e na produção de autonomia (OLIVEIRA, 2008b). Entendido dessa maneira, a noção de projeto é caracterizada enquanto um “lançar para adiante” (SANDUVETTE, 2007).

Campos e Amaral (2007) auxiliam no entendimento dessa noção de projeto, ao afirmarem que

Projeto Terapêutico é uma discussão de caso em equipe, um grupo que incorpore a noção interdisciplinar e que recolha a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Entretanto, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia com a tradição de discussão de casos em Medicina. A noção de projeto indica a intenção de lançar-se no presente em direção ao futuro, depois de uma reflexão sistematizada.

Destacamos que os resultados de nossa pesquisa em relação à elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) são semelhantes aos encontrados por Mângia et al. (2006) em um estudo realizado em dois CAPS da cidade de São Paulo. Tal estudo foi realizado objetivando apreender o processo de concepção e realização dos projetos terapêuticos a partir da visão dos profissionais que atuam nos referidos serviços investigados.

Da mesma forma que os resultados da nossa pesquisa demonstraram, o estudo realizado por Mângia et al. (2006) evidenciou que a construção do projeto terapêutico se inicia no acolhimento e posteriormente é discutido nas reuniões de equipe ou de maneira informal entre os trabalhadores do serviço que estão mais envolvidos com o processo terapêutico do usuário acolhido. Além disso, situam que a proposta inicial do projeto terapêutico é feita, em geral, pelo trabalhador que realizou o acolhimento do usuário e que muitas vezes é esse mesmo trabalhador que acompanha a execução do projeto terapêutico e a condução do processo terapêutico do usuário no CAPS. Salientam que aos poucos o usuário é incluído na construção do PTS, podendo fazer novas escolhas em relação ao que foi definido inicialmente pelo trabalhador.

As percepções que obtivemos através das falas dos entrevistados da nossa pesquisa são também apontadas por Mângia et al. (2006). Percebemos que embora os trabalhadores considerem que a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é realizada com a participação do usuário, o que ocorre na realidade é que a equipe ou o trabalhador que propõe o PTS que determina a maior parte das decisões, inclusive aquelas que poderiam ser desenvolvidas de forma conjunta com o usuário. Verificamos também que na definição do PTS há a tendência em encaixar o usuário de acordo com as atividades e modalidades que o serviço oferece.

No estudo de Mângia et al. (2006), apresentou-se também a dificuldade que os trabalhadores possuem em realizar encaminhamentos dos usuários para outros serviços e recursos da comunidade. Destacam que essa dificuldade está relacionada muitas vezes em razão da não aceitação dos encaminhamentos pelos próprios usuários. Da mesma forma, esses aspectos foram citados pelos trabalhadores entrevistados em nossa pesquisa. Porém, salientamos que as práticas em saúde mental, baseadas no modo psicossocial, devem conceber a integralidade do cuidado e a intersetorialidade para que os objetivos do processo terapêutico e do PTS sejam alcançados.

Com efeito, os trabalhadores dos serviços de atenção psicossocial têm o desafio de compor o cuidado em saúde mental, utilizando-se da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto um recurso terapêutico capaz de oferecer respostas que

redimensionem a vida dos usuários, tanto subjetivamente, quanto socialmente. Ou seja, com objetivos de produção de saúde e reinserção social. Portanto, “os projetos terapêuticos constituem-se como um instrumento para melhorar as condições de vida e recuperar a autonomia. Desta forma, não devem se limitar somente aos espaços institucionais, mas ampliar-se nos locais de circulação e de participação social dos sujeitos” (MORORÓ et al., 2011, p. 1172).

Pinto et al. (2011) sublinham que a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) necessita estar alicerçada em elementos, tais como o acolhimento, vínculo, co-responsabilização e autonomia para a produção de saúde. Acrescenta que esses elementos, fundamentais no cuidado em saúde mental, auxiliam o envolvimento e comprometimento do usuário e da família ao processo terapêutico. Para tanto, situa que os trabalhadores devem atuar com base no diálogo, na boa recepção dos usuários, com escuta acolhedora, formação de vínculos afetivos, criação de parcerias, interação horizontal e democrática entre trabalhador-usuário-família.

Em relação à co-responsabilização, destaca que está relacionada com diferentes possibilidades:

construção compartilhada do projeto terapêutico desloca a população usuária – indivíduo e família – do lugar de submetida (a um projeto definido pelos profissionais) para o lugar de aliada na construção de resoluções para os seus agravos de saúde. Nesse sentido, a prática busca a ampliação da capacidade de entendimento e a apropriação do controle do processo saúde-doença pelo usuário, a ampliação da sua capacidade de agenciar soluções no campo afetivo, material e social, e uma maior participação na vida política e jurídica (PINTO, 2011, p. 501).

A ampliação da capacidade de entendimento e apropriação do processo terapêutico pelo usuário, bem como sua participação ativa no PTS, estão relacionadas à necessidade das práticas de saúde em contribuir para o aumento dos graus de autonomia dos sujeitos. Autonomia é entendida enquanto a capacidade do usuário em lidar com sua rede de dependências e não enquanto ausência de qualquer dependência. De acordo com Campos e Amaral (2007)

A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (p.852).

Consideramos interessante destacar algumas questões em relação ao acolhimento enquanto um elemento importante do processo terapêutico e para a construção e efetivação do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O acolhimento não é compreendido somente como um dispositivo que auxilia o acesso ao serviço de saúde e não se restringe ao momento de recepção ou entrada do usuário no serviço. Mas sim, é um elemento central na produção do cuidado nos serviços de saúde mental e deve ser entendido como uma atitude que deve estar presente durante todo o processo terapêutico, através de espaços de trocas e diálogos, da escuta, da produção de vínculo e pactuação entre trabalhador/usuário/família (MÂNGIA et al. 2006; PINTO et al., 2011).

A equipe que adota como estratégia o acolhimento coloca-se disponível, flexível, e se responsabiliza pelas necessidades apresentadas pelos usuários, sendo muitas vezes, levada a enfrentar desafios em relação aos problemas que vão surgindo durante o processo. Essa estratégia de acolhimento favorece a construção de vínculos, a responsabilização dos profissionais pelo acompanhamento da clientela e implica na organização do serviço centrada no usuário e em suas necessidades (MÂNGIA et al. 2006, p. 94).

De acordo com a cartilha “Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde”, da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o acolhimento pode ser entendido enquanto ato ou afeito de acolher, receber, atender. Remete-se a uma atitude de inclusão, uma ação de aproximação, que implica a relação com o outro no sentido de “estar com” ou “estar perto de”. A cartilha destaca alguns pontos importantes do conceito de acolhimento enquanto diretriz ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS:

- ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;
- estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2006).

Pensamos ser importante trazer também para a discussão o conceito de integralidade, que está relacionada à noção de acolhimento e à concepção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) que aqui estamos discutindo. O termo integralidade, no contexto da Reforma Sanitária no Brasil e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos textos legais da Constituição Federal e da Lei 8080/90, vem sendo utilizado para designar um dos princípios

do SUS. Na definição legal, a integralidade é concebida como um conjunto que articula ações preventivas e curativas, diferentes serviços e níveis de atenção/complexidade do sistema de saúde. Porém, a noção de integralidade vem se ampliando da sua definição legal e assume um caráter polissêmico, que permite uma pluralidade de compreensões e assume diferentes sentidos (MATTOS, 2005; MATTOS, 2004; PINHEIRO, 2008; TEIXEIRA, 2005).

Apontamos alguns desse diferentes sentidos da integralidade e fizemos a escolha por um deles, já que percebemos como potente para compreender as conexões com a ideia de acolhimento e de PTS. De acordo com Mattos (2005), a integralidade da saúde pode ser sistematizada em três conjuntos de sentidos: o primeiro diz respeito à relação trabalhador-usuário na tentativa de responder, através de ações que não se reduzam ao plano biológico, ao sofrimento e as necessidades apresentadas pelo usuário que procura o serviço de saúde; o segundo relaciona-se à organização dos serviços e práticas de saúde na busca da superação da fragmentação das ações e da horizontalização das práticas de cuidado; e por último o sentido relativo à definição de políticas para responder a problemas de saúde específicos.

O sentido da integralidade que escolhemos diz respeito aquele que se centra na relação entre trabalhador e usuário. Essa noção de integralidade considera o usuário enquanto sujeito (e não objeto) que deve se atendido e respeitado em seus interesses, demandas e necessidades. Nessa via, a integralidade, no contexto das práticas em saúde, é concebida enquanto uma idéia-força que tem por objetivo a integração trabalhador-usuário, integração de múltiplos saberes, interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas e produção de encontros dialógicos. Isto com base no olhar atento e ampliado do contexto, necessidades e desejos específicos, produzidos em cada encontro entre o sujeito e a equipe de saúde, buscando a garantia da autonomia e reconhecimento da liberdade de escolha e participação do usuário na produção do cuidado e saúde que se quer obter (MATTOS, 2004; PINHEIRO, 2008; TEIXEIRA, 2005).

Diante do exposto, podemos perceber as conexões entre os conceitos de integralidade, acolhimento e PTS. Nota-se que a construção de Projetos Terapêuticos Singulares a partir da perspectiva do acolhimento e da integralidade tem como eixo central as relações e o vínculo estabelecido entre trabalhador e usuário. Relações que tem por princípio não assujeitar nem silenciar os usuários, mas contar com sua participação, implicação e responsabilização; relações construídas de forma dialógica, em que os diversos saberes são considerados, em que os vínculos produzidos garantem a autonomia do usuário os diversos contextos da vida do sujeito são considerados, rompendo com a visão exclusiva sobre a doença e a dimensão

orgânica. Com efeito, fica visível que a noção de PTS está baseada nos princípios do modelo psicossocial das práticas de atenção em saúde mental.

Nessa via, compreender o PTS sob a ótica da integralidade significa que estes não são produto da mera aplicação de conhecimentos sobre a uma doença. Mas sim, que os projetos terapêuticos

emergem do diálogo (e porque não falar, da negociação) entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. A característica chave para a existência desse diálogo é a capacidade de compreender o contexto específico dos diferentes encontros. Compreensão que envolve por parte dos profissionais o esforço de selecionar num encontro os elementos relevantes para a elaboração do projeto terapêutico, tanto os evocados por ele com base em seus conhecimentos, quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de suas expectativas, de seus temores e de seus desejos (MATTOS, 2004, p. 1415)

Tendo em vista as questões anteriormente destacadas e discutidas, agregamos as contribuições de Mângia (2002) em relação aos elementos que servem como orientadores e devem ser considerados na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS): a centralidade da ação na pessoa; a relação de parceria trabalhador-usuário; o deslocamento do lócus da ação da instituição para o território e para as situações da vida real; a ênfase no sujeito em seu contexto; a construção compartilhada do projeto terapêutico com metas dotadas de sentido para a continuidade da vida do usuário; o estabelecimento de um contrato de trabalho com percursos a serem desenvolvidos em um tempo predeterminado; a utilização de avaliações periódicas conjuntas para redirecionamento do projeto. Apontamos que esses elementos estão em consonância com o modo psicossocial de ações em saúde mental, o qual deve ser nortear as práticas dos trabalhadores nos CAPS.

Para finalizar, apoiados nas contribuições de Mângia e Barros (2009), apostamos que a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto uma estratégia de produção de cuidado em saúde mental pode favorecer o desenvolvimento e consolidação do novo modelo de atenção, balizado pelos pressupostos do modo psicossocial. Dessa maneira, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares é central para a constituição de práticas em saúde mental que busquem superar o modelo asilar e promover a inversão do modelo assistencial. Isto porque é por meio da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares que se torna possível materializar e concretizar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da atual política de saúde mental, promovendo novas formas de relação com o usuário, tomando-o enquanto eixo central das intervenções e a singularidade enquanto elemento condutor do projeto terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica desencadearam uma série de transformações nos modelos de atenção e cuidado em saúde mental. Essas transformações teórico e práticas resultaram na criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na formulação e efetivação da atual Política de Saúde Mental brasileira. Além disso, promoveram a construção de uma ampla rede de serviços de saúde, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad).

Os processos reformistas permitiram não somente a estruturação de novos serviços, mas principalmente se constituíram enquanto mobilizadores de mudanças nas ações e estratégias de cuidado em saúde mental e nas concepções que orientam esse cuidado. Tais alterações apresentaram aos trabalhadores a necessidade de efetivar a criação e invenção de novos fazeres e saberes nos serviços de atenção psicossocial. Além disso, propuseram vários desafios à prática nas instituições que se destinam ao atendimento das pessoas em sofrimento psíquico.

Dentre esses desafios, destacamos a transição paradigmática que os trabalhadores se deparam e a necessidade de ruptura com o modelo asilar para a consolidação de práticas em saúde mental baseadas no modelo psicossocial. Outro desafio diz respeito à construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que tenham o usuário do serviço enquanto protagonista nessa construção.

Porém, destacamos que todas essas mudanças e transformações são recentes, estão em processo contínuo de construção e reconstrução e ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde mental, por meio das ações dos trabalhadores. Especificamente em relação às diretrizes da Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas, percebemos que essa proposta encontra-se em processo inicial de implantação e observamos a co-existência de práticas tradicionais de cuidado e atenção as pessoas que usam drogas com práticas inovadoras. No que diz respeito aos pressupostos do Ministério da Saúde em relação à utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), situamos que esta também é uma proposta recente e que vem aos poucos sendo incorporada enquanto ferramenta para a produção do cuidado em saúde mental nos CAPS. Concebemos que na elaboração do PTS, no CAPS ad pesquisado, há também a convivência de práticas baseadas no paradigma asilar com práticas orientadas pela atenção psicossocial.

Compreendemos que para a superação das práticas baseadas no modelo asilar e para a consolidação de ações calcadas no paradigma psicossocial, bem como para o enfrentamento

dos demais desafios colocados aos trabalhadores de saúde mental, se faz necessário compreender os serviços de atenção psicossocial, tais como os CAPS, enquanto lugares potências de aprendizagem. Isso requer que o trabalho em saúde mental não esteja essencialmente focado na assistência, ou seja, na técnica e nos procedimentos, mas que abra espaço para apropriações teóricas e construção de conhecimentos, além de utilizar as reuniões de equipe e os espaços de trocas coletivas para o questionamento e análise das ações desenvolvidas e as concepções constituídas.

Nesse sentido, entendemos que a Educação Permanente em Saúde é um dispositivo importante para a consolidação do modelo psicossocial de atenção e cuidado em saúde mental. Portanto, situamos a orientação do Ministério da Saúde com referência a realização da Educação Permanente em Saúde. A estratégia de Educação Permanente é apontada como uma alternativa possível e necessária para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do SUS. Além disso, essa estratégia indica que as mudanças das práticas de cuidado e atenção em saúde, a organização do trabalho e a invenção de novas estratégias de intervenção, bem como a necessidade de aprimoramento dos saberes e técnicas dos trabalhadores, devem basear-se na análise, reflexão e problematização das ações em saúde no cotidiano das instituições (BRASIL, 2003).

Com a intenção de finalizar, sem concluir, sublinhamos a importância da realização de pesquisas que tenham como objetivo compreender as dificuldades e entraves dos trabalhadores para a consolidação do novo modelo de atenção em saúde mental. Além disso, compreendemos que nossa pesquisa pode contribuir, através dos conhecimentos aqui construídos, com alguns subsídios para a qualificação das ações dos trabalhadores de saúde mental principalmente no que diz respeito a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto um dispositivo para a produção de cuidado nos serviços de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M.. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009.

ARANHA E SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. Processos de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 13, n 3, p. 441- 449, maio-junho, 2005.

AZEVEDO, D. M. de; MIRANDA, F. A. N. de. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar. 2010.

BEZERRA, D. S.; RINALDI, D. L. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, junho 2009.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. v. 15, supl., p.11-16, 2005.

BRASIL. **Cartilha do Ministério da Saúde: Clínica Ampliada, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª ed. Site do Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2007.

BRASIL. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(a).

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed., revista e ampliada, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de Educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

BRASIL. **Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/arquivos/>.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B.. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2), p. 219-230, abril-junho, 2000.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Ago. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr, M.; CARVALHO, Y. M. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr, M.; CARVALHO, Y. M. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009a.

COSTA, J. F. Psiquiatria Burocrática: Duas ou três coisas que sei dela. In: **Clínica do Social**. São Paulo: Escuta, 1991.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), p. 297-305, 2009.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. de O. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 85-91, maio/ago, 2009.

MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L. V.; DUARTE, V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 2, p.87-98, maio/ago, 2006.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n.3, p. 127-34, 2002.

MASSUDA, A. práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: In: CAMPOS, G. W. DE S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ªed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O . GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas, SP: Editora HUCITEC, 2007.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008.

MORAIS, M. L. S.; FEFFERMANN, M.; FERNANDES, M.; FIGUEIREDO, R.; PAULA, S. H. B.; VENANCIO, S.I. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 112-128, jan./abr. 2009.

MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. de A.; MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, Out. 2011.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-39, 2009.

OLIVEIRA, W. F.; PADILHA, C. S.; OLIVEIRA, C. M. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil: contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.35, n.91, p. 587-596, out./dez. 2011.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 38-48, jan/dez, 2008(a).

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação de Mestrado. Campinas-SP, 2007(a). Disponível em: libdigi.unicamp.br/document/?code=000409274.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. DE S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: HUCITEC, 2008(b).

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e Cuidado no contexto da Atenção Psicossocial: algumas reflexões. **Esc Anna Nery R Enferm**, dez; 10 (4): 694-702, 2007(b).

OLIVEIRA, D. C.; DIAS, M. H. Os jovens usuários de crack e a rede de cuidados: problematizações a partir de uma experiência. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado das pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/ Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

OLIVEIRA, E. M.; SANTOS, N. T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado das pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/ Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

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

ONOCKO-CAMPOS R. T.; FURTADO J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5), p. 1053-1062, mai, 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32(4), p. 299-316, 1998.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**; 23 (1): 154-162, 2011.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Coord.). **SaúdeLoucura**. v. 2. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 131–138.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINTO D. M.; JORGE M .S. B.; Pinto A. G. A; VASCONCELOS M. G. F.; CAVALCANTE C. M.; FLORES A. Z. T. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set; 20(3): 493-302, 2011.

RINALDI, D. L. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental. In: ALBERTI, S; FIGUEIREDO, A.C (Orgs.). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

SANDUVETTE, V. Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar Projetos Terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Psicologia USP**, , 18(1), 83-100, 2007.

TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 252-263, maio/ago, 2009.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, práticas em saúde**. 3 ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2005.

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **MDT – Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**. 6ª edição rev. e amp. Santa Maria: Editora da UFSM, PRPGP/UFSM, 2006.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais**, v.1: História, Teoria e Trabalho no Campo. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 531-562, 2009.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan/dez, 2008.

YASUI, S.; SANTOS, C. E. dos; FIRMINO, G. G. da S.; SANTOS, L. A. dos. De qual lugar possível nos tornamos operadores fundamentais no tratamento dos “nossos” pacientes-usuários ou não de álcool e outras drogas? **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. (CD-ROM)

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Pesquisadora Mestranda: Carlise Cadore

Orientadora/ Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Estamos solicitando a sua colaboração para participar da presente pesquisa intitulada Processo Terapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), cujo objetivo geral é compreender e analisar como os trabalhadores de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), constroem, propõem e conduzem os processos terapêuticos dos usuários dos referidos serviços. A coleta de dados se dará através de entrevistas semi-estruturadas. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, serão divulgados e publicados garantindo o anonimato dos pesquisados.

Eu _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos desta pesquisa de forma clara e detalhada. As minhas dúvidas forma respondidas e sei que posso solicitar novas informações e esclarecimentos a qualquer momento, assim como modificar minha decisão em participar da pesquisa. Foi-me assegurado o sigilo e o anonimato das informações por mim prestadas durante a pesquisa e após seu término; o direito de me retirar da pesquisa, se assim eu desejar, sem que isto me implique nenhum prejuízo. Além disso, foi-me esclarecido que a pesquisa tem riscos indiretos aos participantes, como por exemplo, desconforto ao falar sobre questões relativas à prática profissional durante a entrevista. Porém, foi-me assegurado que se ocorrer qualquer desconforto, a entrevista será interrompida e retomada em outro momento, se eu assim aceitar. Fui informado que a pesquisa não apresenta nenhum benefício direto ao pesquisado, porém, os dados provenientes da pesquisa poderão ser utilizados para a qualificação das ações dos trabalhadores de saúde mental.

Compreendo que o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM manterá em sigilo a minha identidade e que os dados coletados serão arquivados, ficando disponíveis para posteriores análises, na sala 1305 do Centro de Ciências da Saúde, no Departamento de Enfermagem da UFSM, sob a responsabilidade da pesquisadora-orientadora do projeto Prof^a. Dr^a. Carmem Lúcia Colomé Beck, que pode ser contatada pelo telefone (55) 3220-8263 e da pesquisadora Carlise Cadore que pode ser contatada pelo telefone (55) 9169-8662. Os dados serão incinerados após 5 anos.

A participação nesta pesquisa é voluntária. Sinta-se a vontade para esclarecer qualquer dúvida antes de decidir. Caso não queira participar, você não deve assinar esse termo.

Declaro que recebi cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
 Santa Maria, ___/___/___.

 Assinatura do pesquisado (a)

 Carlise Cadore
 Pesquisadora Mestranda

 Carmem Lúcia Colomé Beck
 Pesquisadora Responsável

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702
 Cidade Universitária - Bairro Camobi
 97105-900 - Santa Maria - RS
 Tel.: (55)32209362 - Fax: (55)32208009
 e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: Processo Terapêutico em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad)

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Mestranda Carlise Cadore

Instituição/ Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Psicologia/ Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Telefones para contato: (55)3220 8263; (55) 9169 8662

Local da coleta de dados: Santa Maria

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes da pesquisa. Os dados para esse projeto serão coletados através da realização de entrevistas semi-estruturadas e de observação sistemática de reuniões de equipe no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305 do Centro de Ciências da Saúde, no Departamento de Enfermagem da UFSM por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/___, com o número do CAAE_____.

Santa Maria, ___ de _____ de 2010.

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Pesquisadora Mestranda: Carlise Cadore

APÊNDICE C- Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada

Parte 1:

1. Qual é a sua formação profissional?
2. Há quanto tempo trabalha no CAPS ad?
3. Antes de trabalhar no CAPS ad, teve experiência de trabalho em saúde mental?
4. Percebe mudanças no serviço desde quando começou a trabalhar no CAPS ad? Se sim, quais mudanças?

Parte 2:

1. Gostaria que me contasse como ocorre a entrada do usuário no CAPS ad.
 - a. O que você entende por processo terapêutico?
 - b. Como se dá a construção do processo terapêutico do usuário que se insere no CAPS ad?
 - c. Quem participa da construção do processo terapêutico?
 - d. Como são definidas as ações e intervenções que compõe o processo terapêutico?
 - e. O que você entende ser fundamental no processo terapêutico de um usuário do CAPS ad?
 - f. Qual é, para você, o objetivo do processo terapêutico do usuário do CAPS ad?
 - g. Como é conduzido o processo terapêutico após o usuário se inserir no serviço?
 - h. Quais são as facilidades e dificuldades encontradas por você para a construção e condução do processo de tratamento do usuário do CAPS ad?
2. De acordo com sua especificidade profissional, trajetória de formação e função que cumpre no CAPS ad, qual o seu papel na elaboração do processo terapêutico deste serviço?

-Impressões da entrevista registradas pela pesquisadora-