

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM  
SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Rafaela Quintana Marchesan

**O TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À  
LUZ DO DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”**

**Santa Maria, RS  
2016**

**Rafaela Quintana Marchesan**

**O TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO  
DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”**

Trabalho de Conclusão de Pós-graduação  
apresentado ao Programa de Residência  
Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no  
Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de  
Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para  
obtenção do grau de **Especialista em Saúde Mental**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Luiza Ferrer**

**Santa Maria, RS  
2016**

**Rafaela Quintana Marchesan**

**O TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO  
DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”**

Trabalho de Conclusão de Pós-graduação  
apresentado ao Programa de Residência  
Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no  
Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de  
Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para  
obtenção do grau de **Especialista em Saúde Mental**

**Aprovado em 04 de março de 2016:**

**Ana Luiza Ferrer, Dr<sup>a</sup>.** (UFSM)  
(Presidente/Orientadora)

**Fernanda Altermann Batista, Me.** (CAPS II Prado Veppo)

**Pâmela Kurtz Cezar, Me.** (Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria)

**Thaesa Jesana da Silva Bacellar, Esp.** (UFSM)

Santa Maria, RS  
2016

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais Adair e Loiva, à minha irmã Luana e à minha avó Maria. Vocês sempre estiveram presentes em todos os momentos importantes da minha vida e este é mais um deles que se concretiza graças à vocês.

Aos amigos e colegas de residência, especialmente àqueles que estiveram tão próximos nestes dois anos de formação, com os quais dividi os anseios e as expectativas deste período.

À professora Ana Luiza, orientadora deste trabalho. Agradeço pelo conhecimento compartilhado e, principalmente, pela maneira afetuosa com que o fez.

Aos usuários integrantes deste estudo, que se dispuseram a compartilhar comigo suas experiências e sentimentos, com falas inesquecíveis que ficarão sempre guardadas na minha memória.

Ao CAPS II Prado Veppo - equipe, usuários e familiares - lugar onde tive a oportunidade de atuar durante três anos e que tornou viável a realização desta pesquisa.

À todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Muito obrigada!

## RESUMO

### O TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”

AUTORA: RAFAELA QUINTANA MARCHESAN  
ORIENTADORA: ANA LUIZA FERRER

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

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Assistência Centrada no Paciente. Reabilitação. Apoio Social. Serviços de Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

### **TREATMENT IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTRE IN THE LIGHT OF THE “SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT” DEVICE**

**AUTHOR: RAFAELA QUINTANA MARCHESAN  
ADVISOR: ANA LUIZA FERRER**

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

**Keywords:** Mental Health. Patient-centered Care. Rehabilitation. Social Support. Mental Health Services.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	07
<b>2. REVISÃO TEÓRICA</b> .....	08
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	10
3.1 MÉTODO.....	10
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	12
3.3 PARTICIPANTES.....	13
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	13
3.5 COLETA DE INFORMAÇÕES.....	13
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
3.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS EM CAMPO.....	15
<b>4. RESULTADOS</b> .....	16
4.1 A RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO E O DISPOSITIVO “PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA” .....	16
4.2 O TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR” .....	19
4.3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISCURSO DOS USUÁRIOS.....	23
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	25
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	31
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	33
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL</b> .....	36
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	37
<b>ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	40
<b>ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	41

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo integra uma pesquisa maior intitulada “A excessiva permanência de usuários em um CAPS: Um olhar multidisciplinar acerca da construção do Projeto Terapêutico Singular, da existência de dispositivos territoriais e da estruturação atual da Rede de Atenção à Saúde Mental”, a qual teve por objetivo identificar as razões da excessiva permanência de usuários dentro de um CAPS do tipo II no município de Santa Maria. A partir da vivência enquanto residente neste serviço, pôde-se inferir que a problemática da excessiva permanência dos usuários no CAPS envolvia, minimamente, três questões importantes e que se entrelaçavam, quais sejam: a construção do Plano Terapêutico Singular; a não vinculação e circulação dos usuários por outros pontos e dispositivos no território, por desconhecimento ou ausência dos mesmos e, por fim, a forma como está estruturada a Rede de Atenção à Saúde Mental de Santa Maria, buscando entender quais são as outras possibilidades dessa rede para além do CAPS. Neste estudo, apresentaremos os resultados provenientes da análise da construção do Projeto Terapêutico Singular no referido Centro de Atenção Psicossocial.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram a partir da Reforma Psiquiátrica, como instrumentos substitutivos ao modelo manicomial, tendo como objetivo a desinstitucionalização, sendo estruturados como serviços de auxílio diário, com foco na atenção integral ao sujeito. Conforme a Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os CAPS são instituições constituídas por equipes multidisciplinares, que realizam o atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, tendo como finalidade a reabilitação psicossocial, o estímulo da autonomia e a inclusão social dos usuários. O cuidado a cada paciente é desenvolvido através do chamado Plano Terapêutico Singular (PTS), que deve ser pensado e construído pela equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2011).

No que se refere ao Plano Terapêutico Singular, foco deste trabalho, o serviço adotou esse dispositivo no final do ano de 2013, juntamente com a implementação do Profissional de Referência. Ao se iniciar um acompanhamento no CAPS, o profissional que acolheu o usuário no serviço passa a ser, inicialmente, sua principal referência. Após algum tempo de inserção no serviço, o usuário é convidado a realizar a escolha de seus Profissionais de Referência, podendo optar por até três profissionais, e indicando uma ordem de preferência entre eles. Formam-se, deste modo, Equipes de Referência compostas por duplas ou trios, as quais têm por finalidade construir e monitorar, juntamente com o usuário e com a família, o Projeto Terapêutico Singular traçado.

Assim, tendo em vista que o tratamento ofertado aos usuários no CAPS é organizado através desse dispositivo, este estudo se propôs a pensar sobre como tem se dado sua construção na prática, o que configura-se como importante para aprimorar a assistência prestada, especialmente por tratar-se de uma ferramenta adotada recentemente pelo serviço. Considera-se, ainda, que repensar esse dispositivo pode contribuir para amenizar a problemática da excessiva permanência dos usuários dentro do serviço, tendo em vista que aspectos como a inserção social, a ampliação da autonomia e a ativação da rede de suporte social do usuário devem ser os norteadores na construção de um Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2013).

## **2. REVISÃO TEÓRICA**

A partir da literatura disponível, percebe-se que várias foram as transformações empenhadas nas relações entre sociedade e loucura e, conseqüentemente, nas práticas e instituições direcionadas a “tratá-la” (SILVA, 2007). O movimento que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica foi fundamental para operar as modificações na assistência à saúde mental, e teve por intuito a substituição do modelo hospitalocêntrico, segregador e tutelar que, por muito tempo, se constituiu como a principal intervenção sobre a doença mental (AMARANTE, 1995) para, em seu lugar, consolidar o modelo de atenção psicossocial. O primeiro modelo “tem por objeto a doença mental, o hospital psiquiátrico como meio e a cura como finalidade” (CAMATTA et al., 2011, p. 4406). Já o segundo tem por objeto o sujeito em sofrimento, diversos dispositivos sociais como meios e por finalidade a reabilitação psicossocial e a reinserção social do indivíduo (CAMATTA et al., 2011).

No modelo tradicional, o tratamento dispensado ao paciente psiquiátrico não o entendia como sujeito ativo e corresponsável por seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava o contexto em que ele estava inserido, pois o olhar voltava-se, exclusivamente, para a doença. Já o modelo de atenção psicossocial tem como premissas a valorização do saber e das opiniões dos usuários e da família, o que é viabilizado na construção do Projeto Terapêutico Singular (PINTO et al., 2011).

Este dispositivo de tratamento, que foi pensado com a intenção de romper com as relações manicomial e com as formas excludentes de tratamento antes estabelecidas, implica “pensar de forma singularizada em como diminuir o sofrimento de um paciente específico e proporcionar-lhe possibilidades de resgatar vínculos com a vida” (MIRANDA, 2004, p. 1). Para que isso seja possível, a construção de um PTS pressupõe uma concepção de sujeito que o

considere em sua complexidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais que o constituem (PINTO et al., 2011). Conseqüentemente, o tratamento não se restringirá à medicação e à outras intervenções médico-centradas, na medida em que existem outros recursos terapêuticos a serem valorizados como, por exemplo, a aposta na escuta, na educação em saúde e no apoio psicossocial (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Nos CAPS, essas estratégias de intervenção são planejadas através do Projeto Terapêutico Singular, ferramenta importante para o desenvolvimento do cuidado, na medida em que serve de eixo de referência para guiar as ações dos profissionais dos serviços substitutivos na busca de atender à reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico grave (KANTORSKI et al., 2010). Segundo a Portaria 147, de 25 de agosto de 1994, que discorre sobre o conceito de Projeto Terapêutico, o mesmo define-se como:

o conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário do serviço, desde a admissão até a alta. É um instrumento de gestão que deve contemplar o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares adequados às características da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família (BRASIL, 1994, s/n).

Assim, o PTS reúne um esforço coletivo entre profissional, usuário e família, e é pensado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, considerando seu desejo e projeto de vida, havendo, deste modo, diferentes possibilidades a seguir (PINTO et al. 2011). Desta forma, não existe um modelo único de Projeto a ser construído, na medida em que ele é feito por pessoas inseridas na diversidade do mundo humano (MIRANDA, 2004).

Dentre questões significativas que norteiam a construção de um PTS, Miranda (2004) salienta a importância da esfera relacional intrínseca à construção de um projeto singularizado de tratamento. No dizer da autora, a terapêutica individual é, antes de tudo, uma nova relação a ser experimentada com alguém, com quem teremos que construir algo, sem que se possa antecipar como será essa relação, pois essa pessoa é única e diferente de todas as outras. Desta forma, na base de todo PTS está uma relação interpessoal dual, um encontro entre dois estranhos, um que espera alguém necessitado de cuidado e outro que dele precisa, a seu modo.

Campos e Amaral (2007), corroboram essa questão ao mencionarem que a realização de uma clínica ampliada só é possível a partir da construção de responsabilidade singular e vínculo estável entre profissional de saúde e usuário. Isto, posto que o contato esporádico e vertical de diferentes profissionais, sem um coordenador para cada caso, pode comprometer e fragmentar o tratamento, de modo que todas as ferramentas que facilitem a vinculação do

usuário com algum profissional devem ser adotadas. Este Profissional de Referência, como é chamado, terá a responsabilidade de:

acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio conforme o necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 855).

Apesar dessa responsabilidade que o Profissional de Referência terá de assumir, é importante que ele possa confiar na instituição em que trabalha, sentindo-se amparado pelos colegas de equipe nos momentos difíceis dessa nova relação (MIRANDA, 2004). Isto, tendo em vista que no cerne de toda a construção de um Projeto Terapêutico Singular também estão presentes a interdisciplinaridade e a integração de diferentes saberes e fazeres.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 MÉTODO**

A pesquisa em questão utilizou o método qualitativo que, segundo Turato (2003), interessa-se pela apreensão de informações de natureza subjetiva, ou seja, os sentidos e as significações que os participantes trarão sobre a temática proposta. Assim, reforçando o caráter singular da pesquisa qualitativa, neste tipo de abordagem não se pretende estudar o fenômeno em si, mas compreender o que ele significa para o indivíduo ou grupo estudado, com a finalidade de conhecer profundamente as vivências das pessoas acerca de um fenômeno e quais as experiências que têm a respeito dele (TURATO, 2005).

Esta pesquisa é guiada, além disso, pela teoria hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (1997). Conforme esta teoria, cujo foco é a forma como se dá o fenômeno da compreensão, não existiria uma neutralidade absoluta do investigador em relação ao objeto investigado, na medida em que o investigador está imerso e existe em um determinado contexto, carregando consigo uma pré-compreensão daquilo que busca compreender. Neste sentido, considerando o pertencimento do homem a uma realidade histórica, e os inevitáveis preconceitos que ele carrega consigo e que formam sua pré-compreensão, não há o conhecimento da “coisa em si”, pois esse conhecimento é mediado pela tradição e pelos preconceitos do investigador. Tal constatação, no entanto, não representa algo negativo, na medida em que, no encontro com o outro, vamos testando a legitimidade de nosso juízo inicial, podendo alterar o sentido

estabelecido inúmeras vezes, à medida em que nossos preconceitos vão sendo postos à prova e novas informações vão sendo adquiridas (ZANIN, 2010).

Com base nisso, e para melhor entendimento da teoria de Gadamer (1997), é importante destacar algumas categorias elaboradas pelo autor. Inicialmente, os preconceitos do investigador acerca do objeto investigado, traduzem a realidade histórica em que está imerso, e não devem (nem podem) serem evitados. Para o autor, toda a existência humana está limitada e condicionada de várias maneiras, de modo que “a ideia de uma razão absoluta não é uma possibilidade da humanidade histórica. Para nós a razão somente existe como real e histórica, isso significa simplesmente: a razão não é dona de si mesma, pois está sempre referida ao dado no qual se exerce” (GADAMER, 1997, p. 415).

As noções de autoridade e tradição, pensadas pelo autor, também merecem destaque. A autoridade, ao oposto do que se poderia pensar, não consiste em um conceito contrário à razão e à liberdade, ou seja, um ato de subordinação e obediência cega. A autoridade é, por sua vez, um ato de reconhecimento e de conhecimento, na medida em que se reconhece que o juízo do outro precede, ou seja, “que tem primazia sobre o nosso próprio” (GADAMER, 1997, p. 419), não sendo possível uma aceitação pura e sem critérios. A autoridade consiste, então, nesse reconhecimento de que o juízo do outro possa ser mais adequado, tratando-se, por conseguinte, de uma atitude de liberdade, e não de imposição, passível de ser revista sempre (ZANIN, 2010).

A tradição é também uma forma de autoridade que, segundo Gadamer (1997), também não se opõe à razão. Para o autor, a tradição “é sempre um momento de liberdade e da própria história” (p. 422), e que não se realiza naturalmente, pois necessita ser afirmada, assumida e cultivada. Sua conservação é, por conseguinte, um ato da razão, ainda que não consciente, e representa um ato tão livre quanto a destruição e a inovação.

Para GADAMER (1997), o pesquisador é sempre motivado pelo presente e seus interesses, de modo que são as questões mal compreendidas, elevadas à forma de perguntas, que fazem o destaque do objeto de estudo. Assim, a questão que se colocou na pesquisa que deu origem a este estudo foi: Quais as razões da excessiva permanência dos usuários dentro de um CAPS do tipo II no município de Santa Maria? A partir dessa questão, nos propomos a investigar: Como tem se dado a construção do Projeto Terapêutico Singular no serviço? Que efetividade os usuários outorgam à ele? Existem alternativas ou dispositivos no território para além do CAPS? Eles são utilizados? Como está estruturada a Rede de Atenção à Saúde Mental de Santa Maria? Existem recursos suficientes para dar conta da demanda de saúde mental do município?

Considerando, assim, que é o presente e seus interesses que motivam o investigador a destacar o objeto a ser estudado, torna-se inevitável que toda nova interpretação possua certa aplicação (FERRER, 2012). Nesta pesquisa, a escolha do objeto implica em subsidiar e instrumentalizar a atenção, formação, gestão e controle social para que se busquem ações em prol de uma maior qualidade nos atendimentos no CAPS e na rede de saúde mental.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A Rede de Saúde Mental do município de Santa Maria conta com dois CAPS AD, um CAPS infantil, um CAPS II, um Ambulatório de Saúde Mental; o Serviço Acolhe Saúde; alas psiquiátricas em Hospitais Gerais da cidade; serviços de urgência e emergência (UPA e SAMU) e serviços de atenção básica a saúde. O Centro de Atenção Psicossocial Prado Veppo, local da pesquisa, é um CAPS do tipo II, que trata transtornos mentais graves e persistentes, ofertando atendimento psiquiátrico; atendimento psicológico individual e grupal; oficinas e grupos terapêuticos; escutas terapêuticas; visitas domiciliares; dentre outras atividades.

Conforme a Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, com equipe mínima completa, o CAPS II pode realizar até trinta atendimentos por turno, com limite máximo de quarenta e cinco usuários/dia, em caráter intensivo. Neste caso, a equipe mínima deve conter doze profissionais entre nível médio e superior (BRASIL, 2002).

Compõem a equipe de trabalho do CAPS II Prado Veppo, neste momento, duas médicas psiquiatras; duas psicólogas; uma fisioterapeuta; uma assistente social; uma enfermeira; um terapeuta ocupacional voluntário; dois técnicos em enfermagem; uma técnica em saúde mental; uma técnica administrativa; uma técnica em assistência e uma profissional da higienização. Salienta-se, no entanto, que apenas oito destes profissionais são servidores em regime efetivo, de modo que os demais possuem vínculo de trabalho através de contratos temporários ou trabalho voluntário. Além disso, integram o serviço, atualmente, uma estagiária de psicologia e cinco residentes dos núcleos de psicologia; assistência social e terapia ocupacional, vinculados através da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde/UFSM.

Cabe ressaltar, entretanto, que no início do ano de 2015, o quadro de profissionais do serviço estava bastante diminuído, o qual foi sendo restituído ao longo do ano. Assim, por consequência da falta de profissionais naquele período e pela alta demanda de acolhimentos que estavam chegando diariamente ao CAPS (oriundos principalmente do Ambulatório de

Saúde Mental, que passou por uma reconfiguração no período, encaminhando grande parte dos pacientes para o CAPS e para a rede básica) o serviço, em acordo com a gestão, decidiu pelo fechamento do acolhimento, limitando-se apenas ao recebimento dos casos oriundos de internações psiquiátricas e demandas judiciais.

Além disso, como estratégia para desinchar o serviço, o CAPS está realizando a vinculação dos pacientes que utilizam o serviço apenas para consultas psiquiátricas à rede básica de saúde, para que sigam com o acompanhamento médico e a renovação de receitas neste nível de atenção, podendo retornar ao CAPS para avaliação psiquiátrica dentro de 1 ano, ou quando necessário.

### 3.3 PARTICIPANTES

Foram convidados a integrar a pesquisa doze usuários do CAPS Prado Veppo, sendo selecionados aqueles usuários com maior tempo de tratamento no CAPS e que faziam uso do serviço com maior intensidade, dados que foram obtidos através do levantamento de dados em prontuários. Ressalta-se que o número de usuários convidados está de acordo com a literatura, a qual prevê, para a técnica de grupo focal, um número entre seis e doze participantes (GATTI, 2005; WESTPHAL, 1992). Compareceram ao grupo focal dez usuários, com tempo de tratamento no CAPS entre oito e quinze anos, e que faziam uso do serviço com uma frequência de dois a seis turnos por semana, conforme o PTS traçado.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram convidados a integrar o estudo aqueles usuários com maior tempo de tratamento no serviço e, ainda, que frequentavam o CAPS com maior intensidade, informações que foram obtidas através do levantamento de dados em prontuários. Foram excluídos da pesquisa os usuários que não concordaram em ingressar no estudo e que não se encaixavam nos critérios de inclusão.

### 3.5 COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta das informações foi realizada através da técnica de grupo focal. O grupo focal é uma técnica de coleta qualitativa, onde se trabalha com um roteiro que é composto por

questões norteadoras, permitindo, durante o grupo, uma troca e interação dos participantes, pois a partir da opinião do outro, os participantes podem desenvolver, criar e sugerir estratégias para o desenvolvimento de suas respostas. Além disso, é importante que os participantes tenham vivência com a questão debatida, pois as experiências surgem a partir do cotidiano e da intimidade destes com o tema (GONDIM, 2002).

A participação dos dez usuários que integraram esta pesquisa deu-se a partir da participação em um grupo focal, realizado em uma sala de atendimento grupal no Centro de Atenção Psicossocial Prado Veppo. Além dos usuários mencionados, o grupo foi acompanhado pela autora da pesquisa, na função de moderadora, e por um observador responsável pelas anotações. O encontro teve duração aproximada de duas horas, sendo gravado em áudio, com a autorização prévia dos participantes.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, inicialmente houve a apresentação do projeto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), visando a concessão do Termo de Autorização Institucional, a fim de que a pesquisa pudesse ser realizada no local pretendido. Após essa etapa, o projeto foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sendo aprovado com número do CAAE 48591615.9.0000.5346 (Anexo C).

Quanto ao procedimento de abordagem dos sujeitos da pesquisa, estes foram convidados pessoalmente ou mediante contato telefônico pela pesquisadora a ingressarem no estudo, após uma explicação acerca da pesquisa e de seus objetivos. Ressalta-se que a participação dos sujeitos na pesquisa foi voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo algum.

No que se refere aos benefícios da pesquisa, as informações fornecidas pelos participantes contribuíram para aumentar o conhecimento sobre saúde mental, bem como para a realização de novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Quanto aos riscos, os participantes poderiam sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter que relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento.

As informações desta pesquisa são confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos participantes, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. O material foi transcrito e a gravação guardada sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup>

Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 4010, localizada no prédio 26C da UFSM, por 5 anos. Após este período, serão destruídas. Somente as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa terão acesso ao material.

A pesquisadora se responsabilizou, ainda, pela elaboração e apresentação, aos participantes da pesquisa, dos documentos que resguardam os seus direitos, bem como os deveres das pesquisadoras responsáveis pelo estudo. Estes documentos incluem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A) e o Termo de Confidencialidade (anexo B).

### 3.7 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS EM CAMPO

No processo de análise das informações coletadas através do grupo focal, tomou-se por base a hermenêutica de Gadamer, a qual se aplica fundamentalmente à compreensão de textos. Conforme este referencial, a compreensão é sempre um comportamento produtivo e nunca somente reprodutivo. Isto significa, em outras palavras, que a cada vez que nos dispomos a compreender algo, compreendemos de uma forma diferente. Tomamos por base, por exemplo, a leitura de um texto: a cada leitura que fizermos do mesmo texto, teremos uma compreensão diferente. Assim, a análise torna-se circular, partindo do princípio hermenêutico de um círculo não vicioso, mas de uma espiral, pois apesar de sermos obrigados a passar pelo mesmo lugar (por exemplo, lermos o mesmo texto), passa-se sempre em uma altitude diferente, ou seja, com uma compreensão diferente (GADAMER, 1997).

No processo de análise dos dados desta pesquisa, inicialmente, nos debruçamos sobre a leitura do material transcrito, obtendo, neste primeiro momento, uma determinada compreensão. Nesta etapa, o material foi dividido em eixos temáticos, quais sejam: a) Profissional de Referência; b) Projeto Terapêutico Singular; c) percepções sobre o Centro de Atenção Psicossocial, que, posteriormente, se transformaram nas três categorias apresentadas nos resultados.

Em um segundo momento, nos debruçamos sobre a literatura disponível a respeito das questões que emergiram no grupo focal com os usuários, escritas nos resultados. Após isso, em um terceiro momento, dialogamos o material do grupo focal com os referenciais teóricos, ressaltando suas convergências e divergências. Nesta fase, obtivemos uma outra compreensão, diferente de quando havíamos nos debruçarmos apenas sobre o material transcrito do grupo focal. Dessa forma, a cada um dos momentos em que nos propusemos a compreender as informações coletadas (a leitura do material e sua divisão por eixos temáticos; a leitura da

literatura a respeito; o comparativo entre o material coletado e a literatura), fomos nos apropriando mais do objeto de estudo, a saber, a construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários no Centro de Atenção Psicossocial Prado Veppo.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 A RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO E O DISPOSITIVO “PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA”

A condução de um tratamento efetivo em saúde mental e a construção de um Projeto Terapêutico Singular que se proponha a atender às reais necessidades da pessoa em sofrimento psíquico grave, pressupõem a existência de responsabilização e vínculo entre usuário e profissional, o que pode ser viabilizado através do dispositivo “Profissional de Referência”. A partir da análise do grupo focal realizado com os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, percebeu-se que esta ferramenta é, de modo geral, conhecida e utilizada pelos usuários, visto que quando indagados a respeito de quem procuram no serviço quando necessitam de algum suporte, referem que o solicitam aos profissionais que escolheram como sua referência: “As pessoas que eu peço são essas que é pra ser como referência, né [...]. No caso eu escolho a que dá grupo pra nós aqui, o grupo das quartas-feiras, eu vou direto nela, que ela já me conhece” (Grupo focal com os usuários).

Os usuários afirmam, ainda, que possuem dois ou três Profissionais de Referência cada um, os quais são escolhidos por eles, compondo miniequipes. Quanto aos aspectos que motivam a escolha do usuário por acessar determinados profissionais e elegê-los como seus Profissionais de Referência, o grupo aponta como alguns dos aspectos mais valorizados a afinidade e o conhecimento que o profissional possui a seu respeito, ou seja, sobre sua história de vida, doença e tratamento, por exemplo. Em consequência disso, os usuários relataram, com frequência, dificuldade em solicitar auxílio e atendimento por parte de outros profissionais, especialmente os mais novos, por receio de serem menos compreendidos:

Essa semana retrasada foi muito difícil, né, porque com esse temporal entrou água dentro da minha casa, então eu fiquei assim ó, lá embaixo [...] pensei várias vezes “vou lá pro CAPS”, mas eu pensei “não vou”, porque ela [profissional de referência] não tá aí, ninguém vai me entender, é só ela que me entende [...]. É que vocês são novas, no caso, vocês não conhecem nossos problemas lá de antes [...]. Ela já sabe todo o nosso problema, ela já tá sabendo tudo da nossa vida, ela sabe como é que eu sou, ela sabe quais são os remédios que eu tomo, ela sabe tudo da minha vida, aí a

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

Além disso, a dificuldade em solicitar auxílio de outros integrantes da equipe parece estar alicerçada na crença de que os profissionais que não se ocupam diretamente do caso estariam menos disponíveis a atendê-los:

Eu já tive ruim mas eu não tive com quem falar porque eu não conhecia, eram todos novos aqui [...] não pedi porque se eu pedisse eu sabia que não ia dar certo, na minha cabeça eu sabia que não ia dar certo porque a outra [profissional], ela não me conhecia [...] e será que esse profissional vai aceitar conversar com a gente? [...]. As vezes ele não tá disponível também, as vezes o profissional tem outras coisas pra fazer, ele não vai ter tempo muitas vezes de te atender, eu já não peço porque eu sei que sempre tem uma coisinha pra fazer (Grupo focal com os usuários).

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

Aqueles funcionários antigos mandaram todo mundo embora [...]. Aí vem outros que tu nem conhece, tu não tem afeição, como é que tu vai falar pra ele o teu problema, eu me fecho pra mim [...] é que muda muito rápido os profissionais [...] quando a gente tá acostumado com vocês, vocês são mandadas lá pro outro CAPS, aí desmonta tudo [...] é isso aí que a pessoa fica assim, desajeitada [...] eu acho que é pra gente não criar um vínculo com a pessoa, que a gente se apega nas pessoas e daí tiram, dão uma rasteira na gente (Grupo focal com os usuários).

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

O único acesso que eu tenho aqui é a [profissional de referência] [...]. Eu to sempre dizendo pra ela “se um dia tu for embora aqui do CAPS, eu vou embora junto, eu não fico mais, eu não fico mais” [...] mas é que a gente se apega tanto nelas, elas conhecem

tanto a gente [...] se elas ficam quinze dias fora, um mês, eu já to numa agonia (Grupo focal com os usuários).

Outro aspecto valorizado pelo grupo na escolha dos Profissionais de Referência e que melhora a qualidade do vínculo entre usuário e profissional de saúde mental diz respeito ao envolvimento e implicação que este demonstra com o caso, sua disponibilidade em atender as necessidades do usuário e o tratamento que dispensa à eles:

Eu já levei em conta o tratamento que eu recebi da profissional, se as pessoas me tratam bem, foram legais comigo [...] Eu quando não sou bem recebida, eu pego e ó: tchauzinho, tem a outra que me atende bem direitinho [...]. Quando eu fiquei doente a [profissional de referência] foi lá em casa, quantas vezes ela foi lá em casa me visitar, como é que nós vamos perder uma pessoa assim? [...] eu não mudo a minha profissional de jeito nenhum [...]. Tem gente aqui que as vezes a gente passa, nem conhece a gente, nem cumprimenta a gente, passa do lado da gente, nem cumprimenta [...] se ta caído faz de conta que nem vê [...] as pessoas não se interessam por aquela pessoa, aí a pessoa tá ruim ali, e aquela outra ali não dá nem bola, isso aí que tem que mudar [...] os funcionários tem que lidar com mais amor com os pacientes, serem mais paciosos, por causa que os pacientes tem problemas de nervos, são graves os problemas, tem que ter mais paciência, porque tem muita gente que tá aqui dentro que não tem paciência com nós (Grupo focal com os usuários).

Com relação à isso, é importante destacar que, apesar da maioria dos participantes afirmar que possui uma boa relação com os profissionais, especialmente com a Equipe de Referência, e que conseguem acessá-los quando necessário, estiveram presentes alguns relatos de experiências não tão boas junto aos profissionais, como pode ser percebido no trecho a seguir:

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

Cabe ressaltar, por fim, que têm espaço privilegiado no discurso dos usuários os profissionais que realizaram o seu acolhimento, quando da chegada destes no serviço, momento que atribuíram como “crítico” e de bastante fragilidade:

A [profissional do acolhimento] foi muito importante na minha vida, eu agradeço a ela, espetacular [...] foi importante em tudo porque foi a fase crítica da minha vida que eu vim pro CAPS [...] é que a gente quando chega num lugar assim, no fundo do poço, sempre tem um profissional que a gente se apega com essa profissão mais, a gente sempre, sabe, fica com afinidade com a pessoa (Grupo focal com os usuários).

## 4.2 O TRATAMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”

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

Ele [profissional] fez uma entrevista comigo, aí ele disse que eu ia começar a vim nos grupos do CAPS né, eu comecei a ir, depois conheci a doutora [...]. Eu lembro que o primeiro grupo que eu entrei foi da [profissional], ela deixava livre, a gente ia ali pra fazer desenho, se não quisesse fazer desenho fazia mosaico [...] é como se eu tivesse sido acolhida por todos os funcionários que trabalhavam lá, muito bom [...]. Faziam de tudo pra tentar levantar o astral da gente, faziam churrasco, a gente ia viajar, fomos a Porto Alegre [...] eu gostava daquilo sabe, aquilo fazia eu me sentir alguém de novo (Grupo focal com os usuários).

O tratamento aos usuários ofertado pelo CAPS é organizado através do chamado Projeto Terapêutico Singular, dispositivo adotado pelo serviço no final do ano de 2013. Durante a realização do grupo focal percebeu-se, entretanto, que a maior parte dos usuários não tinha conhecimento sobre o significado desse dispositivo: “Eu não sei o que significa [...] se me explicou não sei, não me lembro [...] eu to na cabeça mas não me lembro (Grupo focal com os usuários).

Apenas dois integrantes do grupo demonstraram maior afinidade com esse dispositivo, os quais apontaram que o mesmo tem a finalidade de sistematizar quais atividades e atendimentos o usuário realizará dentro do serviço:

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

No tocante à percepção dos usuários sobre o tratamento que realizam nota-se, inicialmente, que ênfase especial é atribuída à medicação psiquiátrica, referida como recurso fundamental e indispensável, sendo responsável por conferir estabilidade e bem-estar ao usuário:

No CAPS eu acho que faz mais de dezoito anos que eu me trato, e graças a Deus não posso me queixar que to muito bem, to sempre em tratamento, tomando a minha medicação. Ta certo que, de vez em quando, tenho as minhas recaídas né, mas tomo o meu remedinho, me acalmo, quando me sinto ruim venho pro CAPS de novo [...]. Eu tenho que tá sempre tomando o meu remédio porque se eu não tomar os remédios eu entro em parafuso [...] esses dias eu fiquei três dias sem tomar remédio, os três dias sem tomar remédio eu não dormi, e se eu não tomar os remédios, imagina, Deus o livre [...] a gente já acostumou com eles, já fazem parte da gente (Grupo focal com os usuários).

Entretanto, para além do tratamento medicamentoso, outros dispositivos também começam a ser reconhecidos como importantes pelos usuários, em especial a participação nos grupos oferecidos pelo CAPS, o atendimento psicológico e a escuta:

Eu tive a primeira internação na Paulo Guedes, tive onze internações lá e uma em Caxias, aí a minha irmã me levou no CAPS, eu comecei a participar dos grupos, dei uma recaída né, internei em 2007, daí nunca mais internei, agora to aqui, graças a Deus to bem [...]. Eu me sinto uma vitoriosa porque eu achei que eu ia praticamente morrer, doía todo o meu corpo, é terrível, só Deus sabe o que eu passava, então os grupos, as vezes eu fazia crochê né, eu achava tri chato aquilo, pontinho em cima de pontinho né, cuidando pra não errar, e com aquilo ali eu esquecia um pouco né [...]. Vocês sabem que as meninas mais velhas conhecem nós só no olhar, se nós estamos com problema, elas conhecem “ó, o que que houve, tu tá triste hoje, me conta depois?”, termina o grupo, aí a gente tem uma conversinha, elas reanimam a gente sabe, é tão bom, é muito bom (Grupo focal com os usuários).

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

Eu frequentava todos os dias, era de segunda a sexta, todos os dias de segunda a sexta, aí de repente foi cortado, aí fiquei só com os grupos da [profissional de referência]. Faz muito tempo que eu não tenho um acolhimento psicológico [...] antes eu frequentava o grupo [psicoterapêutico], me tiraram do grupo, me disseram “tu tá bem”, vêem a gente assim e “tá bem”, mas não sabe o interior da pessoa como é que

tá, é esse o problema das psicólogas daqui que pensam que a gente tá conversando e tá tudo bem, mas vai conversar ao fundo pra ver o que é que tem [...] perguntou pra mim se eu tava bem? (Grupo focal com os usuários).

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

Aqui tem um problema, aqui te tiram dos grupos e não te dão satisfação: “não, tu não tá mais nesse grupo, porque tem outro pra fica no teu lugar”, e aí, fazer o que? [...]. O outro tá pior do que tu [...] eu até digo pra pessoa “não tem problema, pode ficar”, porque eu to vendo que aquela pessoa tá pior que eu, mas não era pra ser assim, se eu to ali é porque eu to precisando, mas não é nós, é eles que tiram, eles não dão a mínima, eles tiram nós e pronto, eu já saí de dois, e foi só “não, tu tá fora desses dois grupos” [...]. Pra facilita pros outros, tinha mais gente, precisava mais que a gente (Grupo focal com os usuários).

Em contraposição à essa percepção, duas integrantes do grupo apontaram que a reformulação no Plano Terapêutico Singular é devida à uma melhora do usuário, e referem uma pactuação satisfatória com o profissional:

Eu participava de três, quatro grupos, imagina, agora eu to participando de um, que coisa boa [...] a [profissional de referência] conversou comigo “tu ta te sentindo bem, então tu vem só nas reuniões da quarta-feira” [...]. Tem umas regras né, por exemplo assim, se a pessoa tá se sentindo bem, tá estável, não tem a necessidade de vim todos os dias [...] eles não querem que a pessoa que tá estável, por exemplo, venha quatro dias, faça todos os grupos, e tire o lugar da outra (Grupo focal com os usuários).

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

Eu tenho pra dizer que os familiares não levam a gente a sério, muitos familiares, no meu caso, eles me discriminavam pelo meu problema sabe, daí não tinha aquele diálogo, eu tentava conversar, puxava assunto e eles achavam que era coisa de maluco, não davam muita bola. E aqui não, aqui tem pessoas, não digo com o mesmo problema, mas que conversam com a gente, porque a gente quer conversar em casa e não pode [...]. A família geralmente não entende, eu não sei os outros, mas a minha

não entende, não querem entender [...]. Não ajudam a gente né, a gente se sente lá embaixo com eles, e aqui não, aqui a gente se sente bem (Grupo focal com os usuários).

Por outro lado, também houveram relatos em que a família foi apontada como suporte importante no tratamento, sendo corresponsável pela melhora dos usuários. Entretanto, nota-se que, em alguns casos, o papel importante atribuído aos familiares diz respeito, predominantemente, ao controle do uso das medicações psiquiátricas.

Eu sobre família não posso me queixar porque sempre me valorizaram, me deram apoio [...] as minhas filhas sempre me apoiaram em tudo, eu tinha medo de andar sozinha, eu não andava sozinha, eu só chorava, não comia, não dormia, e a minha filha me acompanhou o tempo inteiro, a mais nova, me levava, me esperava, ela ainda foi junto comigo um tempo até eu conseguir ir sozinha [...] a minha família é muito importante (Grupo focal com os usuários).

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

Se eu não tomar o remédio eu entro em parafuso, tem que tá sempre medicada [...] e mais os grupo que a gente participa né [...] a gente conhece amigos, faz amigos [...] conversa com gente diferente, a gente faz coisas diferentes, como nós que temos o grupo da feira né, a gente vai na feira, a gente conhece gente, a gente participa, a gente não vai lá pra vender, a gente vai lá pra participar, pra conhecer gente (Grupo focal com os usuários).

Nesse sentido, aparece em vários momentos da condução do grupo a menção ao que os usuários chamam de “o antigo CAPS”, referindo-se não só a antiga casa onde funcionava o serviço, mas à sua organização diferenciada naquele momento. Assim, queixam-se do momento atual da instituição, especialmente no que diz respeito à diminuição das atividades de encontros, viagens, festas e eventos no CAPS, momentos estes que contribuem com a função de socialização e integração social:

Festa nunca mais tivemos aqui no CAPS [...] me decepcionou aqui o negócio de festa, não chega nem aos pés do que nós fazíamos lá [na antiga casa onde funcionava o serviço] [...] tinha as festinhas, de três em três meses tinha uma festinha, não tem mais nada, aquelas mesas ali eram tudo cheias de almoços, de gente, e ainda iam comer lá fora, sentados lá [...]. Tinha os jogos da integração, nós pegávamos o ônibus, se encontrava todos os CAPS do Rio Grande do Sul, faziam um risoto, salada, nós se reunia todo mundo nos jogos ali [...]. Nós, os mais velhos, nós sabemos como era o

CAPS e como é agora [...]. Tinha que volta aquele tempo (Grupo focal com os usuários).

#### 4.3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISCURSO DOS USUÁRIOS

Outra questão que se considerou importante explorar durante a realização da pesquisa diz respeito à percepção que os usuários possuem a respeito do CAPS, buscando compreender qual o entendimento que possuem acerca da função desse serviço e que efetividade outorgam à ele. A chegada dos usuários que compuseram o grupo ao CAPS deu-se, predominantemente, por encaminhamento de outros serviços da rede, de modo que apenas dois usuários referiram procura espontânea. De maneira unânime e bastante sólida, os usuários atribuem ao CAPS um marco em seu tratamento, referindo que o ingresso no serviço possibilitou maior estabilidade e a diminuição das internações psiquiátricas:

Eu queria dizer que o CAPS foi bem importante pra mim, assim, decisivo pra eu ficar estável, porque eu era uma pessoa que eu não gostava de tomar medicação, tive nove internações, a primeira com dezoito anos. Foi um baque pra mim descobrir que eu tinha bipolaridade e praticamente naquela época a gente não tinha incentivo de ninguém pra continuar vivendo, achava que tinha acabado tudo ali. Então há pouco tempo atrás, há uns nove anos atrás, eu tive a minha última internação lá no HUSM né, e de lá o médico me encaminhou pro CAPS. Quando eu entrei no CAPS tava bem ruim, e ao longo do tempo foi passando, eu comecei a me inserir nos grupos, aí eu nunca mais tive nenhuma internação, e hoje eu tomo a medicação certinho, eu não paro de tomar o remédio como eu parava antes (Grupo focal com os usuários).

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

Ela [profissional] foi lá em casa né, e aí ela me viu assim desse jeito, me encaminhou pra Universidade, mas só pra mim consultar e buscar receita, tomar o remédio e ficar em casa, aí me dava a crise e me levava pra lá, aí me davam remédio, eu ficava boa e voltava pra casa. Nunca fui baixada no hospital, mas tive muita crise (Grupo focal com os usuários).

No tocante à função do CAPS, os usuários acreditam que são alguns dos objetivos deste serviço a integração do paciente na sociedade e o seu fortalecimento para lidar com as dificuldades da vida, especialmente com as relações familiares:

Eu acho que o CAPS veio, ele foi construído pra colocar o paciente de volta pra vida dele, aos pouquinhos sabe, colocar ele em harmonia com a família, através dos grupos colocar ele a viver de novo. Aí depois de um bom tempo ele pode até voltar a participar da sociedade, assim, normalmente, acho que foi por isso que inventaram o CAPS [...]. As coisas são difíceis, poderia ser fácil, aí o CAPS ensina como ser fácil, pelo menos pra mim é assim [...] o CAPS me fortalece e eu aguento o tranco, meus irmãos todos pensam em dinheiro, o único que saiu torto foi eu [...] o CAPS serve pra me fortalecer, é isso que eu gostaria de dizer, eu acho que o CAPS é importante [...]. Tu consegue aguentar as mazelas da vida (Grupo focal com os usuários).

Além disso, os participantes da pesquisa percebem no CAPS um acolhimento especial, onde é possível se expressar e receber orientação. Dessa forma, os usuários têm no serviço uma referência, como evidencia o trecho abaixo:

Aqui tem um acolhimento especial sabe, pra gente conversar, pra fazer a gente entender as coisas, vocês entendem a gente [...]. Eu com os problemas em casa, com o meu primo, tava me afetando né [...] daí eu procurei o [profissional], conversei no grupo também né, de psicoterapia, eu falei, eu abri meu peito assim e falei, procurei eles aqui no CAPS pra me dar um conselho, o que eu fazia com uma situação dessas né [...]. Pra mim é uma referência o CAPS [...]. Se eu precisar, não tem hora, não tem dia, eu posso vim a hora que eu quiser [...] foi o que a [profissional de referência] falou pra mim: “se tu te sentir ruim em casa tu vem pro CAPS que aqui alguém vai conversar contigo” (Grupo focal com os usuários).

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

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

Já para os usuários que referem um suporte social mais satisfatório, a dependência do serviço aparece com menor intensidade, com a presença de projetos de vida para o futuro:

Um dia eu pretendo seguir outras coisas né, mas por enquanto ainda é fundamental que eu venha aqui [...]. Eu tenho fé que ainda um dia eu vou sair, eu tenho fé [...]. Tanta coisa que a gente quer fazer lá fora, então eu acho que eu ainda vou conseguir

fazer, já to conseguindo fazer [...]. Eu já pensei em voltar a estudar de novo, to bem sabe, fazer um supletivo, um negócio pra ocupar a cabeça né, foi o CAPS que me ajudou a ter vontade sabe, que quando eu tava em crise, em casa, eu não tinha essa força, aqui tem pessoas que dão, assim, o conselho, uma ideia de vida pra seguir lá fora, não só aqui dentro sabe, eu digo, viver só aqui no CAPS, tem que ter a vida lá fora, lá que é a vida (Grupo focal com os usuários).

Por fim, considerou-se importante explorar o que os usuários que integraram este estudo gostariam que fosse diferente no tocante ao tratamento oferecido pelo CAPS. Com relação à isso, os participantes referem que o serviço está “desleixado”, pontuando a necessidade do aumento de recursos humanos, das atividades festivas, de integração, e de um atendimento mais humanizado, problemáticas que atribuem à gestão:

Ele [CAPS] não tá como ele era, mas sem ele a gente não vive né [...]. É que ele tá muito, como é que eu vou te explicar, muito desleixado, não sei o que aconteceu, as coisas, em vez de melhorar, pioraram [...]. Eu acho que falta funcionário, uma técnica de enfermagem porque as duas não dão conta de todo mundo sabe, daí dá uma correria ali, uma desmaia, a outra dá um surto, daí tem que ter mais uma enfermeira [...]. To acostumada a ver as pessoas caídas, era pra ir ali, botar uma almofadinha debaixo, botar um colchãozinho debaixo até chegar o socorro, se tivesse aqui [...]. A prefeitura não dá bola pra gente mesmo, e os funcionário se esforçam de montão, que eu venho aqui, eu vejo sabe, eles se esforçam de montão pra fazer tudo de melhor pra gente [...]. Eu acho que tem que vim mais verba pro CAPS, vim mais verba pra vim mais funcionários e voltar o tempo que era no outro CAPS (Grupo focal com os usuários).

## **5. DISCUSSÃO**

### **SOBRE O TRABALHO DE REFERÊNCIA**

No campo da Saúde Mental, as políticas públicas brasileiras caminham à favor do avanço da Reforma Psiquiátrica e da estruturação de uma rede de atenção à saúde mental que garanta o acesso qualificado nos três níveis de atenção. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados responsáveis pela organização dessa rede, situando-se como uma referência para os demais serviços nas questões que envolvem o sofrimento psíquico, em um dado território (BRASIL, 2004; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010). Isto exige que esses serviços cumpram, por um lado, com sua função de saúde pública, respondendo pelo endereçamento da loucura, além de sustentar uma clínica pautada no acolhimento e no acompanhamento singular de cada paciente (TENÓRIO, 2007; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

A complexidade que envolve o trabalho dos CAPS exige, assim, a utilização de dispositivos que facilitem a aproximação singularizada entre profissionais, usuários e o território de vida destes, a fim de possibilitar um acompanhamento que seja sensível às necessidades particulares de cada sujeito (LEAL; DELGADO, 2007; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010). Isto pode ser viabilizado através do trabalho de referência - baseado no vínculo entre trabalhadores e usuários - e da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Inicialmente, os usuários que acessam o CAPS em busca de atendimento são recebidos pelo profissional destinado a realizar o acolhimento, etapa inicial do processo de cuidado (PINTO et al., 2011). Este momento deve ser constituído de uma escuta sensível e cuidadosa, que pressupõe dar voz à pessoa, à família ou ao grupo que está demandando ajuda, para que falem sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção (BRASIL, 2013). A este profissional caberá, portanto, a tarefa inicial de acompanhar o caso e construir de modo compartilhado o Projeto Terapêutico Singular daquele usuário, tornando-se o Técnico de Referência para o caso (BRASIL, 2004).

Após algum tempo de inserção no serviço, este profissional poderá ser modificado pois, como mencionado nos resultados, os usuários tem a opção de escolher quais serão seus Profissionais de Referência, podendo indicar até três técnicos. Em conformidade com o que a literatura prevê, essa escolha é pautada pelo vínculo existente entre usuário e trabalhador, compreendido como uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa (BRASIL, 2013; MORORÓ, 2010).

Em um estudo realizado pelas autoras Miranda e Onocko-Campos (2010) identificaram-se, ainda, outros dois fatores fundamentais para o bom funcionamento do trabalho de referência: a constância do acompanhamento e a disponibilidade dos profissionais em acompanhar os usuários nas diversas questões que lhes são necessárias, aspectos que também são apontados pelos participantes da pesquisa. Em relação à constância do acompanhamento, observamos que a rotatividade de profissionais dentro do serviço é um fator que dificulta a efetivação do trabalho de referência. Outros autores corroboram essa questão, ao pontuarem que a gestão dos recursos humanos em saúde deve pressupor que o cuidado em saúde se dá a partir de dispositivos como vínculo e responsabilização, de tal forma que urge a concretização das propostas da Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, assegurando a efetiva vinculação empregatícia dos trabalhadores de saúde (JORGE et al., 2007; PINTO et al., 2011).

No que diz respeito à disponibilidade do profissional em atender as demandas do caso para o qual está como referência, é importante ressaltar que, para além de uma escolha baseada

unicamente no desejo do usuário, é necessário que os profissionais se identifiquem e reconheçam a singularidade da pessoa que busca ajuda, o que pode contribuir para o envolvimento com o caso e práticas menos burocratizadas (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010). Teixeira (2005) ao escrever sobre o encontro entre profissional e usuário ressalta a empatia como elemento fundamental para a realização adequada do trabalho em saúde. Conforme o autor, há uma assimetria constitutiva nestes encontros, na medida em que uma das partes está em busca da satisfação de suas necessidades, enquanto presume-se que a outra parte detém os meios para satisfazê-las, possibilitando o estabelecimento de uma zona comum neste encontro (FERRER, 2012).

Coordenar um PTS exige, assim, disponibilidade afetiva e de tempo para organizar e ativar diversas instâncias (BRASIL, 2013). Sabe-se, entretanto, que a natureza e a diversidade de funções que envolvem o trabalho dos profissionais de referência constituem um aspecto que dificulta a sustentação da clínica. Dentre essas funções, encontram-se as denominadas de “burocráticas”, tais como preenchimento de procedimentos realizados, informações em prontuários e formulários para aquisição de benefícios, além daquelas ligadas à sobrevivência dos usuários, como aquisição de documentos pessoais, alimentação e moradia. Essa gama de funções, quando não discutidas e compartilhadas, geram sobrecarga de trabalho e sofrimento para os trabalhadores (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

O modelo de equipe de referência parece útil, nesse sentido, para viabilizar a discussão interdisciplinar dos casos e a divisão de tarefas e responsabilidades. Contribui, ainda, para a vinculação dos usuários com mais de um profissional e para que este evite sua própria cronificação, uma vez que é questionado por outras concepções científicas e chamado a desenvolver práticas para além do seu núcleo profissional (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Além disso, a literatura coloca que, embora o trabalho de referência facilite a condução singularizada, o vínculo e a responsabilização pelos casos, cabe a todos os membros da equipe fazer o acompanhamento longitudinal do processo saúde/doença/intervenção de cada usuário, numa perspectiva responsável e resolutiva (FIGUEREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009; PINTO et al., 2011). Este aspecto torna-se imensamente importante quando, ao escutarmos os usuários, evidenciamos que existem ressalvas em solicitar o apoio de outros profissionais que não compõem a sua equipe de referência, lógica que acaba por fazer com que o usuário não receba assistência em certos momentos e que sobrecarrega os técnicos de referência como únicos responsáveis por responder às demandas do caso. Nesse sentido, sugere-se que o funcionamento das equipes requer permanente construção de pontes que permitam a circulação

dos pacientes pelo serviço e pelos diversos profissionais, possibilitando distintos espaços de expressão e acolhimento para as suas experiências (FIGUEIREDO, 2004; MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

## O CAPS E O PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Conforme os resultados apresentados, vimos que a construção do Projeto Terapêutico Singular do usuário no Centro de Atenção Psicossocial inicia-se tão logo ocorra sua admissão no serviço, questões que são tratadas no espaço do acolhimento. A respeito da noção de Projeto presente na literatura, remete-se à um “plano-ação”, que engloba uma visão global da situação social existencial e de saúde mental do usuário, articulando meios de responder às suas demandas. Esse plano-ação orienta, em termos gerais, as decisões e se configura como um “lançar para diante” práticas em invenção, preocupadas com a inserção social e a qualidade de vida do usuário (FILHO; NÓBREGA, 2004). Para responder à isso, o Projeto articula saberes e práticas de uma equipe multidisciplinar, bem como de equipamentos comunitários que possibilitem à inserção do usuário em seu próprio meio (PINTO et al., 2011).

Alguns referenciais sugerem a utilização de um roteiro norteador que pode ajudar na organização de um PTS, estabelecendo momentos distintos, dos quais: a) o diagnóstico situacional das necessidades, vulnerabilidades, potencialidades e do contexto social; b) a definição sobre quais questões se pretende intervir, utilizando como balizadores a inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social; c) a divisão de tarefas e responsabilidades; d) a reavaliação do PTS, mantendo ou redirecionando as intervenções conforme as necessidades, o que pode ser realizado em diversos momentos que incluem encontros com o usuário, a família, reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outras instituições implicadas com o PTS (BRASIL, 2007, 2013; OLIVEIRA, 2008).

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

As autoras Miranda e Onocko-Campos (2010) questionam se os profissionais não estariam destinando demasiadamente seus investimentos para o cotidiano do CAPS, em

detrimento da construção de um trabalho compartilhado com outros equipamentos. Identificam, assim, que a clínica dos pacientes psíquicos tem permanecido localizada dentro dos CAPS e, em certa medida, dissociada de práticas radicadas no território dos pacientes, o que favorece o excesso de responsabilização dos profissionais pelos usuários e a relação de dependência destes para com o serviço, aspecto que aparece com força nos resultados.

Nota-se, entretanto, que os profissionais, muitas vezes, não contam com o apoio de atores fora do CAPS, de modo que é preciso considerar também a necessidade de ações da política de saúde e de intersetorialidade que ofereçam recursos para o trabalho junto ao território. A constituição de redes externas ao CAPS tem sido reconhecida como essencial, mas de difícil sustentação, devido à escassez de recursos comunitários e à sobrecarga do trabalho associada, principalmente, ao grande número de pacientes. A exemplo disso, o trabalho de apoio matricial oferecido à rede básica de saúde tem sua efetividade comprometida quando nos deparamos com o fato de que a atenção básica também se encontra sobrecarregada, com pouco tempo para a construção de um trabalho compartilhado com o CAPS e apresentando dificuldades em destinar a atenção devida aos pacientes de saúde mental (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Para amenizar os impasses e dificuldades que são colocados na efetivação de uma clínica ampliada e na construção de um PTS, a literatura, inspirada na abordagem e no trabalho de Redução de Danos, enfatiza a importância de considerarmos o que é *possível* realizar das expectativas e metas traçadas, situando o que fica entre o *ideal* e o *real* (COMTE et al., 2004). A caracterização do que é *possível* deve levar em consideração o quanto a realização das expectativas e metas para a resolução dos problemas depende dos agentes envolvidos – a pessoa cuidada, os técnicos de referência, a equipe de saúde, os familiares – ou envolve outras instâncias a serem ativadas, e se elas estão disponíveis. Assim, a pactuação do que é *possível* fazer deve incluir todos os envolvidos, o que estimula o compartilhamento e a cogestão do processo de cuidado (BRASIL, 2013).

Apesar das limitações apontadas, ao escutarmos os usuários percebemos que é inegável o avanço que o CAPS tem representado em relação à estrutura manicomial anterior, na medida em que se configura como uma referência de acolhimento importante para os usuários e tem contribuído para a diminuição das crises e internações psiquiátricas dos sujeitos em sofrimento psíquico grave (CAMATTA, et al. 2011). Este fato parece estar relacionado a uma proposta terapêutica alicerçada no Modelo da Atenção Psicossocial e na lógica de funcionamento do CAPS – o qual oferece cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, devendo oferecer diversos recursos terapêuticos, a exemplo de atividades

individuais, grupais, recreativas, de socialização e convivência (BRASIL, 2002, 2004), embora aspectos do Modelo Asilar, como a medicalização, ainda tenham força.

Em relação à medicação, as autoras Severo e Dimenstein (2009), apoiadas em Silva Filho (2001), colocam que seu uso emergiu como prática constante e eficaz para os transtornos mentais, principalmente, a partir do momento em que se permitiu à “loucura” a saída do hospital psiquiátrico. Outros autores corroboram isso, ao mencionarem que seria utopia pensar o processo de desinstitucionalização sem o advento da psicofarmacologia. Entretanto, este recurso, embora imprescindível, como referem os usuários desta pesquisa, não deve ser utilizado de forma isolada, mas sim associado à outras alternativas de tratamento disponíveis e que permitam ao paciente se expressar, conquistar o maior grau de autonomia possível e sua inclusão social (BORBA et al., 2011; JORGE et al., 2006).

Estas considerações parecem estar de acordo com a percepção dos usuários, pois, apesar da ênfase posta sob a medicação, ela parece ser entendida como parte importante, porém não única, do processo de tratamento. Isto, na medida em que se reconhece que a medicação deve vir acompanhada de outros recursos terapêuticos, valorizando a participação nos grupos, o atendimento psicológico, a escuta, o espaço de socialização que o CAPS viabiliza e a possibilidade de se construírem novas relações, aspecto importante em se tratando de pessoas em sofrimento psíquico grave que, por vezes, apresentam alto grau de isolamento social e o rompimento de vínculos familiares.

Com relação a família no contexto da saúde mental, sua abordagem constitui uma tarefa de todos os serviços de saúde mental, seja ativando-a como parceira e corresponsável pelo tratamento da pessoa em sofrimento psíquico, seja oferecendo suporte para que os familiares/cuidadores consigam lidar com seu próprio sofrimento decorrente do convívio e cuidado ao familiar adoecido. Nas palavras de Rosa (2005), uma das questões políticas a ser repensada na inclusão da família nos Projetos Terapêuticos dos serviços de saúde mental é o formato de participação da família desejado pelos profissionais, pois a perspectiva de alguns trabalhadores sobre a forma de inclusão da família e o lugar que ela poderia ocupar nem sempre correspondem ao desejo e às possibilidades reais desta.

Tem-se observado que cada serviço ou equipe se organiza de maneira própria para abordar a família. A ferramenta de grupalizar os familiares cuidadores, por exemplo, parece ser uma estratégia interessante, por propiciar a troca de experiências e mostrar que é possível conviver com o usuário em sofrimento psíquico grave de diferentes maneiras. A família, sobretudo na fase inicial do transtorno mental, tem um papel fundamental na construção de uma nova trajetória para seu ente enfermo, mas seus recursos emocionais, temporais e econômicos

e seus saberes têm que ser bem direcionados, cabendo aí uma contribuição importante dos profissionais e de outros familiares que vivenciam a mesma situação (ROSA, 2005).

Sabe-se, entretanto, que apesar dos familiares considerarem esse espaço importante, é difícil assegurar sua presença contínua nos encontros, o que envolve aspectos como a sobrecarga das tarefas domiciliares, sobretudo no cuidado ao familiar adoecido, e as dificuldades econômicas da família para se deslocar com frequência semanal ao serviço. Com isso, a procura dos familiares ao serviço acaba por prevalecer em momentos de crise e desorganização, momentos estes que evidenciam a importância do acolhimento dos profissionais perante o pedido de ajuda da família - em detrimento de uma atitude de julgamento e culpabilização – pois é também na potência desse encontro que a família pode se sentir preparada a ser parceira no tratamento, percebendo que não está sozinha nesse processo. Assim, sem desconsiderar a importância da oferta de atividades estruturadas para os familiares, a exemplo dos grupos, aponta-se para a importância de uma disponibilidade dos serviços de saúde mental para a escuta dos familiares também fora desses espaços (ROSA, 2005).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização do presente Trabalho de Conclusão de Pós-Graduação foi baseada e construída em cima das necessidades sentidas a partir da prática, enquanto residente, em um serviço de saúde mental. No Centro de Atenção Psicossocial foco desta pesquisa, o tratamento ofertado aos usuários é organizado através do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”, de modo que pensar sobre como tem se dado a operacionalização desse dispositivo na prática configura-se como importante para aprimorar a assistência prestada, especialmente por tratar-se de uma ferramenta adotada recentemente pelo serviço e por ser estratégica na questão da excessiva permanência dos usuários no CAPS.

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

Além disso, o serviço CAPS foi percebido como um dispositivo de cuidado efetivo pelos usuários, na medida em que possibilitou maior estabilidade aos usuários e a diminuição das

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

Por fim, considera-se que esta pesquisa poderá subsidiar e instrumentalizar a atenção, formação, gestão e controle social para que se busquem ações em prol de uma maior qualidade dos atendimentos prestados no serviço e na rede de saúde mental como um todo. A pesquisa não teve, além disso, a intenção de esgotar a temática abordada, de modo que sugere-se a realização de outros estudos que possam ampliar e aprofundar o tema.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Normas e Diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em Saúde Mental. Brasília, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental**. Brasília, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994**.
- \_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).
- CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.
- CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.
- COMTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**, v. 8, n. 1, p. 59-77, 2004.
- FERRER, A. L. A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização. 2012. 228f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2012.
- FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, n. 1, p. 75-86, mar. 2004.
- FIGUEREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, jan/fev. 2009.

FILHO, N. G. V.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n.2, p. 373-379, maio/ago. 2004.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução Flávio Meurer. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 408-422.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005. 77p.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação**, v. 24, n. 12, p. 149-162, 2002.

JORGE, M. S. B. et al. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-425, jul/set. 2007.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da Equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

KANTORSKI, L. P. et al. A concepção dos profissionais acerca do Projeto Terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 659-660, 2010.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2007. p. 137-54.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, jun. 2010.

MIRANDA, L. Projeto Terapêutico Individual: a necessária disponibilidade para relações humanas. **Psiquiatriabh**. Campinas, 2004. Disponível em: <psiquiatriabh.com.br/artigos/lilian\_projeto\_terapeutico\_individual.pdf>. Acesso em 04 de dezembro de 2014.

MORORÓ, M. E. M. L. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial. 2010. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed., 2008.

PINTO, D. M. et al. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493-502, jul/set. 2011.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005

SILVA, M. V. O. Loucura, Cultura, Instituição e Sociedade. In: In-tensa. Ex-tensa. **A Clínica Psicossocial das Psicoses**. PIC - Programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Ano I, n. I. Salvador: UFBA, FFCH, 2007.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 59-67, jan/abr. 2009.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 585-97, 2005.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Org.). **Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. p. 11-28.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, abr. 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

ZANIN, C. P. A hermenêutica de Hans-Georg Gadamer. **Âmbito Jurídico**. Rio Grande, 2010. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8349&revista\\_caderno=15](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8349&revista_caderno=15)>. Acesso em 04 de dezembro de 2014.

WESTPHAL, M. F. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande paulista. 1992. Tese (Livre docência em Saúde Pública) - Universidade São Paulo, São Paulo, SP, 1992.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

#### **Construção do PTS**

1. Como vocês chegaram até o CAPS? Quem lhes recebeu? Como foi esse acolhimento?
2. Como foi o momento de construção do plano de tratamento (PTS)? Quem construiu? Vocês entendem que suas opiniões foram valorizadas nessa construção? E da família?
3. Como o plano de tratamento de vocês está organizado? Que atividades possui?
4. Vocês realizam alguma outra atividade fora do CAPS (ou na comunidade)? Quais? Foi indicado pela equipe do CAPS? Açam que isso faz parte do tratamento?
8. Vocês consideram seu plano de tratamento (PTS) efetivo? Açam que ele dá conta de suas necessidades?
9. Este plano de tratamento é reavaliado? Quando?
10. O que gostariam que fosse diferente?
11. O que vocês entendem por PTS? Como esse conceito/conhecimento chegou até vocês?

#### **Profissional de Referência**

12. Quem vocês procuram quando vêm até o serviço? Porque procuram esse(s) profissional(is)?
13. Como é a relação de vocês com este(s) profissional(is)? Vocês conseguem acessá-lo(s) quando necessitam?
14. O que gostariam que fosse diferente?
15. O que vocês entendem por Profissional de Referência? Como esse conceito/conhecimento chegou até vocês?
16. Como foi a escolha do(s) seu(s) Profissional(is) de Referência? O que vocês levaram em consideração quando fizeram essa escolha?

## **ANEXOS**

### **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

#### **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS**

#### **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE-COREMU**

Título do estudo: “A excessiva permanência de usuários em um CAPS: um olhar multidisciplinar acerca da construção do Projeto Terapêutico Singular, da existência de dispositivos territoriais e da estruturação atual da Rede de Atenção à Saúde Mental.”

Pesquisador responsável: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Luiza Ferrer

Instituição/Departamento: Departamento do Curso de Graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

Telefone e endereço postal completo: (55)91866823, Avenida Roraima, 1000, prédio 26C, sala 4010, CEP 97105-970 - Santa Maria, RS

Local da coleta de dados: CAPS II Prado Veppo

Eu Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Luiza Ferrer, responsável pela pesquisa “A excessiva permanência de usuários em um CAPS: um olhar multidisciplinar acerca da construção do Projeto Terapêutico Singular, da existência de dispositivos territoriais e da estruturação atual da Rede de Atenção à Saúde Mental.”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende identificar as razões da excessiva permanência de usuários dentro de um CAPS do tipo II no município de Santa Maria. Acreditamos que ela seja importante porque poderá subsidiar e instrumentalizar trabalhadores, gestores, instituições de formação e o controle social para que se busquem ações em prol de uma maior qualidade dos atendimentos prestados no serviço CAPS e na rede de saúde mental.

Para sua realização, será realizado um único grupo focal com usuários do CAPS II Prado Veppo. Sua participação constará do ingresso em um grupo focal, no qual a pesquisadora fará algumas perguntas e que será gravado em áudio. Caso você não deseje gravar sua fala, sua vontade será respeitada e isto não inviabilizará o desenvolvimento do grupo focal, pois a pesquisadora tomará nota do seu relato.

O grupo focal será realizado em uma sala reservada do CAPS II Prado Veppo. O que você falar será digitado (transcrito) e o material será guardado sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Ferrer (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 4010, localizada no prédio 26C da UFSM, por 5 anos. Após este período, serão destruídas. Somente as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa terão acesso ao material.

**Benefícios:** As informações fornecidas por você contribuirão para aumentar o conhecimento sobre saúde mental, bem como, para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

**Riscos:** Você, a princípio, não sofrerá risco. Mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter que relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha a acontecer, poderei encaminhá-lo para um atendimento com um profissional do CAPS II Prado Veppo.

**Sigilo:** Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Artigos em Revistas Científicas de Saúde. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento. A sua identificação será através da expressão (Grupo focal com os usuários).

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com alguma das pesquisadoras ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelo Centro de Atenção Psicossocial II Prado Veppo.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar da pesquisa ou de retirar sua

permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelas pesquisadoras. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, [nome completo do voluntário], após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

---

Assinatura do voluntário

---

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015.

---

## ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Termo de Confidencialidade**

Título do projeto: “A excessiva permanência de usuários em um CAPS: um olhar multidisciplinar acerca da construção do Projeto Terapêutico Singular, da existência de dispositivos territoriais e da estruturação atual da Rede de Atenção à Saúde Mental”.

Pesquisador responsável: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Luiza Ferrer

Instituição/Departamento: Departamento do Curso de Graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

Telefone: (55)91866823

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de um grupo focal com usuários do CAPS II Prado Veppo, em uma sala reservada do referido CAPS. Informam, ainda, 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 UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26C, sala 4010 - 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Luiza Ferrer. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 05/10/2015, e recebeu o número CAAE 48591615.9.0000.5346.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do pesquisador responsável

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A excessiva permanência de usuários em um CAPS: Um olhar multidisciplinar acerca da construção do Projeto Terapêutico Singular, da existência de dispositivos territoriais e da estruturação atual da Rede de Atenção à Saúde Mental.

**Pesquisador:** Ana Luiza

**Ferrer Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48591615.9.0000.5346

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:**

1.259.297

**Apresentação do Projeto:**

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) presta atendimento a usuários que estejam em sofrimento psíquico grave, visando à reinserção social e a reabilitação psicossocial dos usuários a partir de um novo modelo de atenção, o qual surge em substituição ao modelo hospitalocêntrico. A pesquisa apresenta o objetivo de identificar as razões da excessiva permanência de usuários dentro de um CAPS do tipo II no município de Santa Maria, investigando, para tanto, aspectos como a construção do Projeto Terapêutico Singular; a existência, ou não, de dispositivos de saúde mental no território e, por fim, a estruturação da Rede de Atenção à Saúde Mental do município. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva que será realizada com usuários do CAPS II; profissionais agentes comunitários da atenção básica de um dos territórios de onde provém a maior demanda de usuários do CAPS, bem como com gestores da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, durante o ano de 2015. A produção de dados será, respectivamente, por meio de levantamento de dados em prontuários, grupo focal e entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados será realizada através da análise descritiva – para se trabalhar com os dados levantados dos prontuários – e da construção de narrativas, utilizada na análise do material proveniente dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas. Os preceitos éticos serão respeitados conforme a Resolução Nº 466 de 12 dezembro de 2012. Espera-se que, conhecendo as razões pelas quais ocorre a excessiva permanência dos usuários dentro do serviço CAPS, se possa, com maior propriedade, subsidiar e instrumentalizar a atenção, formação, gestão e controle social para que se busquem ações em prol de uma maior qualidade dos atendimentos prestados no serviço e na rede de saúde mental.

**Objetivo da Pesquisa:**

GERAL: identificar as razões da excessiva permanência de usuários dentro de um CAPS do tipo II no município de Santa Maria

**ESPECÍFICOS:**

- Analisar como se dá a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no serviço na visão dos usuários.
- Mapear os dispositivos territoriais formais e informais, a partir da ESF de referência, de um dos territórios da cidade de onde provém a maior demanda de usuários do serviço.
- Compreender como está estruturada a Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Santa Maria a partir da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram analisados no projeto, na Plataforma e nos TCLEs.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa proposta possui justificativa contundente e poderá trazer importantes avanços nas rotinas do serviço estudado, bem como aos usuários.

A amostra foi bem descrita e justificada.

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

Foram apresentados de maneira adequada.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

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

Sem inadequações. O projeto apresenta todos os elementos para aprovação e início.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_577627.pdf	28/09/2015 13:06:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_final.pdf	28/09/2015 13:06:14	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores.pdf	28/09/2015 13:05:58	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios.pdf	28/09/2015 13:05:44	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Agentes.pdf	28/09/2015 13:05:19	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_Gestores.Pdf	25/08/2015 21:08:21	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_Agentes_Comunitarios_de_saude.pdf	25/08/2015 21:07:38	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_Usuarios.Pdf	25/08/2015 21:06:52	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito
Outros	Autorizacao_institucional.pdf	25/08/2015 21:04:31	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito
Outros	Comprovante_registro_GAP.pdf	25/08/2015 20:57:48	RAFAELA QUINTANA	Aceito
Outros	Comprovante_registro_GAP.pdf	25/08/2015 20:57:48	MARCHESAN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/08/2015 20:53:19	RAFAELA QUINTANA MARCHESAN	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 05 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador)**