



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

THALES FERNANDES BEZERRA
VALQUÍRIA GEBHARD DE AGUIAR

UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PROJETO
TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA

2019



THALES FERNANDES BEZERRA
VALQUÍRIA GEBHARD DE AGUIAR

**UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PROJETO
TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO
DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa.

Orientação: Prof^a. Dr^a Tania Inessa Martins de
Resende

BRASÍLIA

2019

**UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO
SINGULAR EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO FEDERAL**

Thales Fernandes Bezerra – UniCEUB, PIC Institucional, aluno bolsista

thales_fb@hotmail.com

Valquíria Gebhard de Aguiar – UniCEUB, PIC institucional, aluna voluntária

valquiria.gebhard@gmail.com

Tania Inessa Martins Resende– UniCEUB, professor orientador

tania.resende@uniceub.br

RESUMO

Os objetivos dessa pesquisa se desenvolveram em dois eixos: analisar como o processo de produção do PTS está sendo desenvolvido em um CAPS II do Distrito Federal; e analisar como a parceria do projeto de extensão PRISME com o CAPS pode ser utilizada para incrementar a implementação do PTS. Trata-se de uma pesquisa de metodologia qualitativa. A partir de entrevistas semiestruturadas, entrevistas narrativas e grupos focais as informações qualitativas produzidas foram analisadas sob o embasamento metodológico da Hermenêutica de Profundidade. Entre os aspectos que precisam ser melhorados na construção do PTS foram destacados nos resultados: que seja construído coletivamente, enfatizando a participação efetiva do frequentador; que seja expandido, não se resumindo a um cardápio de atividades ofertadas no CAPS, alcançando de fato o território existencial; que seja regular, dinâmico e continuamente acompanhado. Entre as dificuldades para a produção do PTS destacam-se a inclusão da rede na organização do PTS, de modo a englobar familiares e comunidade dos frequentadores, bem como redes de apoio e outras instituições; dificuldade em manter o acompanhamento e a revisão do PTS, que até então tem ocorrido de forma não sistematizada; e dificuldade em aprimorar o PTS, de modo a ser articulado com os objetivos do tratamento e do cuidado. A partir dos resultados analisados, foram produzidas sugestões para aprimoramento do PTS no CAPS com o apoio do PRISME: criação de grupos abertos, criação de um grupo de mapeamento do território, criação de um grupo de Cartão de Crise e uma proposta de sistematização do PTS.

Palavras-Chave: PTS (Projeto Terapêutico Singular). Saúde Mental. Protagonismo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
2.1. O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	08
2.1.1. ENTENDENDO A (DES) CONSTRUÇÃO DA LOUCURA.....	10
2.1.2. A RAPS E O CAPS – UM BRAÇO FORTE DA REDE.....	12
2.2. O PTS – UMA CONSTRUÇÃO CONJUNTA.....	13
2.2.1. O TÉCNICO DE REFERÊNCIA – TR.....	14
2.2.2. O FREQUENTADOR DO SERVIÇO.....	15
2.2.3. A FAMÍLIA.....	15
2.2.4. DESAFIOS E DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PTS.....	16
2.3. PROJETO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE MENTAL – PRISME.....	18
2.3.1. A CONVIVÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO: ELO FACILITADOR DO PROTAGONISMO DO FREQUENTADOR.....	19
2.3.2. CARTÃO DE CRISE.....	20
3. METODOLOGIA.....	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA.....	24
4.2. ANÁLISE FORMAL.....	26
4.2.1. ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS COM PROFISSIONAIS.....	26
4.2.2. ENTREVISTAS NARRATIVAS COM FREQUENTADORES.....	31
4.2.3. ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS COM EXTENSIONISTAS.....	33
4.2.4. GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS.....	37
4.2.5. GRUPO FOCAL COM FREQUENTADORES.....	49
4.3. REINTERPRETAÇÃO.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	61

1. Introdução

A partir da segunda metade do século XX, se desenvolve uma crítica radical às instituições manicomiais, crítica esta promotora da transformação do tratamento no campo da saúde mental. Diferentes movimentos, em especial na Europa e EUA, iniciaram a defesa dos direitos humanos e a busca pela conquista da cidadania para as pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 2007; BASAGLIA, 1985; FOUCAULT, 1993; LOBOSQUE, 2003). No Brasil foi desenvolvida uma política de saúde mental que propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias para substituir as instituições com características asilares em um esforço de superar a lógica hospitalocêntrica e sintomatológica. Esse movimento tomou força em especial a partir do período de redemocratização (BRASIL, 2011).

Na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) voltada ao restabelecimento e inclusão social de pessoas com intenso sofrimento psíquico, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) ganharam espaço e se estabeleceram como serviços com o objetivo de acolher as demandas de saúde mental do território e gerenciar o percurso dos frequentadores¹ na RAPS (BRASIL, 2004). No modelo sustentado pela Política Nacional de Saúde Mental, a valorização do saber dos frequentadores dos serviços é fundamental na construção do PTS: projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011). Dessa forma, a terapêutica deve incluir além de fármacos e procedimentos médicos, o “poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial” (JORGE, PINTO, QUINDERÉ, PINTO, SOUSA, CAVALCANTE, 2011, p. 494).

Nesse cenário, o PTS (Projeto Terapêutico Singular) se apresenta como uma importante ferramenta para ajudar no desenvolvimento de novas estratégias de cuidado no CAPS, envolvendo a família e a comunidade. Para isso, o PTS precisa considerar as crenças do indivíduo, o contexto social no qual está inserido e suas expectativas, ou seja, proporciona uma clínica ampliada no sentido de atender o sujeito e suas necessidades em suas dimensões processual e sistêmica (RITT, 2016).

¹ Em respeito às pessoas que utilizam os serviços de saúde mental e congruente com a forma de cuidar dos pesquisadores, nesse trabalho assume-se o termo frequentador ao referenciá-las.

Sendo assim, o PTS é utilizado para que seja atingido o objetivo fundamental do CAPS de inclusão social, que se desdobra em um esforço para ajudar as pessoas em sofrimento psíquico a construir projetos de vida. Em sua perspectiva terapêutica, o PTS visa ajudar a transformar as experiências de sofrimento em processos de subjetivação que somente são possíveis através da interlocução e convivência (LOBOSQUE, 2001; RESENDE, 2015). No que tange a sua singularidade, o PTS, para além do individual, deve partir do princípio que a inclusão social se faz em delicado equilíbrio entre aquilo que é irredutível e alteritário em cada um de nós e o que construímos coletivamente em nossos espaços culturais (DEMO, 2005; RESENDE, 2015).

Tendo em vista a relevância dos CAPS e a utilização do PTS em saúde mental, esta pesquisa buscou realizar uma avaliação do PTS enquanto ferramenta de cuidado dos frequentadores de um CAPS II no Distrito Federal. A motivação desta pesquisa surgiu da experiência, enquanto estudantes de Medicina e Psicologia, como extensionistas no Projeto PRISME – Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental do UniCEUB. Através da participação no projeto, foi possível estabelecer um contato direto com o campo da saúde mental, seus desafios e as experiências com sujeitos em sofrimento. O PRISME, em conjunto com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), vem atuando há 16 anos no campo da saúde mental e defende um posicionamento interdisciplinar e multiprofissional no cuidado prestado em saúde mental.

O CAPS II, inaugurado há pouco mais de dois anos, ao estabelecer uma parceria com o PRISME possibilita aos alunos do UniCEUB, a oportunidade de integrar teoria e prática. Portanto, unindo ensino, pesquisa, extensão e compromisso social buscou-se produzir novos sentidos nesta área de conhecimento, articulando a saúde mental com os processos de subjetivação na contemporaneidade, nas dimensões de saúde, qualidade de vida e inclusão social.

Dessa forma, a presente pesquisa se desenvolveu em dois eixos: i. analisar como o processo de PTS está sendo desenvolvido em um CAPS II do Distrito Federal; e, ii. analisar como a parceria PRISME/CAPS pode ser utilizada para incrementar a implementação do PTS. O interesse pela pesquisa surgiu a partir da demanda do próprio CAPS que desejava melhorar o processo de desenvolvimento do PTS para alcançar a maior potencialidade desse instrumento de cuidado. Nessa direção dois extensionistas do PRISME, dos cursos de

Medicina e Psicologia, se prontificaram a realizar o estudo de forma interdisciplinar com o objetivo de contribuir para o fortalecimento do serviço, da instituição e da RAPS.

A partir de entrevistas semiestruturadas, entrevistas narrativas e grupos focais as informações qualitativas produzidas foram discutidas à luz da contextualização sócio-histórica, da análise formal e da interpretação e reinterpretação, conforme o embasamento metodológico da Hermenêutica de Profundidade de Thompson (1995) e reinterpretada por Demo (2006).

2. Fundamentação Teórica

Na fundamentação teórica o cuidado em saúde mental será abordado, contextualizando como o sofrimento psíquico foi social e culturalmente construído. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial também serão apresentados.

Em seguida uma descrição do PTS e sua potencialidade terapêutica, ressaltando os atores envolvidos em sua construção sejam eles: i. os profissionais do serviço em sua faceta de técnico de referência; ii. frequentador do serviço; e, iii. família do frequentador. Elenca-se também o matriciamento e como as estratégias consulta conjunta e visita domiciliar são articuladas como facilitadoras de processos que promovam autonomia. Também serão considerados alguns desafios e impactos na saúde, qualidade de vida e inclusão social na implementação do PTS.

Também será apresentado o projeto de extensão PRISME baseado na convivência como estratégia de cuidado, relacionando a potencialidade da presença dos extensionistas no CAPS no sentido de contribuir para o desenvolvimento do PTS. Exemplifica-se, inclusive, a iniciativa do cartão de crise, como mais uma ferramenta de cuidado na direção de implicar o frequentador do serviço no seu tratamento.

2.1. O cuidado em saúde Mental

De acordo com Lobosque (2003), o cuidado em saúde mental deve buscar alternativas que sigam para além de uma função adaptativa e normatizadora do sujeito. Nesse sentido deve se direcionar para uma função inclusiva que promova autonomia e

independência, ou seja, buscar ações de cuidado que saiam da antiga visão de loucura como incapacidade e potencial periculosidade, que marginaliza o doente mental, para uma percepção que legitime a pessoa com sofrimento psíquico e que promova a reinserção social (FOUCAULT, 1993).

Rotelli (1990) alerta que o objeto de cuidado em saúde mental não é a doença e sim o sofrimento construído existencialmente nas relações. O cuidar em saúde mental, em especial no desenvolvimento do PTS, deve ser baseado no diálogo com a realidade concreta da vida dos frequentadores respeitando suas relações nos territórios em que existem, com o objetivo de modificar relações de poder que cerceiem e invalidem o sujeito que vivencia o sofrimento psíquico intenso (KINKER, 2016).

Fica claro que a elaboração do PTS não pode se restringir ao diagnóstico, deve abordar as demandas e necessidades do frequentador diante de seu contexto de vida, dessa forma o cuidado deve ser pautado na direção de uma clínica ampliada que defende a percepção da singularidade do sujeito que sofre. Para melhor cuidar é preciso que se busque a intersetorialidade, uma vez que um único saber não é suficiente para compreender a complexidade do sofrimento psíquico. Tal interdisciplinaridade promovida pela clínica ampliada contribui para aprofundamento do compromisso ético dos profissionais e para a desconstrução de mecanismos de exclusão aos quais as pessoas em sofrimento psíquico intenso estão e são submetidas (BRASIL, 2004).

Para tanto, Silva, Loccioni, Orlandini, Rodrigues, Peres e Maftum (2016) ressaltam a importância do PTS e sua relação intrínseca com a clínica ampliada: um PTS bem elaborado amplia a clínica. Defendem que o contato e vínculo com a família e o frequentador do serviço são essenciais para a construção de um PTS efetivo. Contudo, apontam que tal construção é um desafio no sentido de organizar de forma sistemática os atores envolvidos no processo para a coleta de informações e o planejamento das ações de cuidado.

Os desafios que se apresentam no contexto da saúde mental envolvem a desconstrução de estigmas e percepções enviesadas acerca do sofrimento psíquico. Dessa forma, entender como, culturalmente, tal sofrimento vem sendo construído pode favorecer a percepção da importância do cuidado humanizado em saúde mental.

2.1.1. Entendendo a (des) construção da loucura

Durante a Idade Média, os loucos, os inválidos, os libertinos e portadores de doenças venéreas, eram confinados em grandes asilos ou hospitais (JASPERS, 1979). A exclusão dos “loucos” se perpetua ao longo dos séculos, sendo que no Renascentismo foram expulsos das cidades seja por confinamento errante, ou despachados pela “nau dos loucos” até que ocasionalmente encontrassem um porto (FOUCAULT, 1993).

No século XVIII, Pinel criou os manicômios para tratar os loucos com reeducação firme, porém gentil, segundo afirmava. No entanto, suas ideias se perderam de tal forma que o tratamento se reduziu à contenção, a qualquer preço, dos asilados (FOUCAULT, 1993). Em meados do século XX, Basaglia (1985) critica veementemente os manicômios: sua proposta defende os direitos humanos e o resgate da cidadania dos sujeitos diagnosticados com transtornos mentais. Inicia-se um processo no campo da saúde mental que busca o desenvolvimento de serviços e estratégias territoriais e comunitárias em rede que substituam os manicômios.

Na década de 70, inicia-se uma pressão sobre o Estado brasileiro para adesão às mudanças no campo da saúde mental que se sustentem no preceito fundamental de respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais inclusive em seu tratamento. O Projeto de Lei n. 3.657/1989 propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outros serviços assistenciais extra hospitalares (GUIMARÃES, 2010).

Destaca-se a implementação do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial como uma alternativa para um sistema que, atualmente, foge da lógica do isolamento dos “desviantes”. Por muitos anos no Brasil se praticou legalmente a privação de liberdade, por intermédio da institucionalização, com o objetivo de segregar crianças e adolescentes pobres; autores de atos infracionais; e pessoas com deficiências ou transtornos mentais. A preocupação em tratar e prestar cuidados não era fundamental, pois o que importava era a saúde da sociedade e não dos elementos que a compõem (BRASIL, 2013).

A Lei n. 10.216/2001, inspirada no Projeto de Lei n. 3.657/1989, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

modelo assistencial para a construção de uma rede de serviços abertos e comunitários. A portaria n. 336/2002 classifica os CAPS² em diferentes modalidades que se distinguem principalmente de acordo com a abrangência populacional do município, do público alvo e atividades terapêuticas.

Ainda que paulatinamente, a política nacional de saúde mental ao longo de trinta anos construiu significativos avanços dentro do contexto da saúde mental. Porém e lamentavelmente a Portaria n. 3.588/2017 (BRASIL, 2017) aprovada em 14 de dezembro de 2017, representa um retrocesso: ao ampliar valores destinados ao pagamento das internações em hospitais psiquiátricos acaba por estimular e legitimar a criação de novas vagas em tais instituições. Prevê também significativa contribuição às “comunidades terapêuticas” de cunho religioso e privado. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com Sampaio (2018) em publicação do Brasil de Fato, por meio de seu presidente Ronald Ferreira, se posicionou contrário à Portaria por distorcer e ferir a Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001), incentivando a hospitalização e o assujeitamento daquele que sofre psicologicamente. “É uma lógica que já tinha sido descartada como absolutamente inefetiva, com sérios danos à saúde e à própria dignidade humana, que é a lógica da segregação” (FERREIRA, 2018, citado por SAMPAIO, 2018).

Portanto, na realidade atual do Brasil, é incontestável a necessidade de uma atuação crítica e firme dos profissionais da saúde mental, no sentido de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com vistas a garantir os direitos já adquiridos e a manutenção dos serviços disponibilizados.

² Descrição dos CAPS de acordo com Ministério da Saúde (2015): CAPS I: Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes. CAPS II: Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes. CAPS III: Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes. CAPSad II: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes. CAPSad III: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. CAPSi: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

2.1.2. A RAPS e o CAPS – um braço forte da Rede

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, sustentada pela Lei n. 10.216/2001, objetiva superar o modelo asilar de cuidado e garantir os direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais. Assim prioriza iniciativas que visam garantir o cuidado integral, obedecendo a territorialidade, com vistas a garantia de direitos e promoção de autonomia e exercício de cidadania, proporcionando a progressiva inclusão social (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde informa que a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial é composta por Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento (UAs) e pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros. Sendo que, em especial os CAPS, tem como objetivos principais promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas e seus familiares aos espaços de atenção e garantir a articulação entre os pontos de atenção para um melhor cuidado, acolhimento e acompanhamento do frequentador dos serviços (BRASIL, 2013).

O atendimento no CAPS almeja a reinserção social do frequentador do serviço, restaurando sua autonomia e cidadania; desenvolvendo um vínculo real e avaliando as metas do projeto terapêutico (COSTA, SILVA, 2013). Os espaços de convivência e as oficinas terapêuticas disponibilizadas nos CAPS, de acordo com Mendonça (2005), tem clara função psicossocial que objetiva propiciar a expressão singular da subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico.

Tendo em vista sua vocação, os CAPS prestam atendimento aos portadores de *sofrimento psíquico grave*³, através de uma equipe multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, professores, além de equipes administrativas, de conservação e limpeza, entre outros). Tais profissionais tem o papel de acolher, ouvir e traçar um projeto terapêutico único e individual para seus frequentadores. Assim, o trabalho nos CAPS objetiva reinserir socialmente o frequentador, fortalecendo seu

³ Conceito definido por Costa (2003) em sua tese de doutorado *Da fala ao sofrimento psíquico grave. Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*.

poder de autonomia e o reconhecimento de seus direitos. Esse trabalho ainda requer acompanhamento com vínculo real, monitoramento e avaliações periódicas das metas objetivadas no projeto terapêutico singular (COSTA, SILVA, 2013), o que será abordado em seguida.

2.2. O PTS – uma construção conjunta

Apresenta-se o PTS e sua potencialidade terapêutica, ressaltando os atores envolvidos em sua construção: i. técnico de referência; ii. frequentador do serviço; e, iii. família do frequentador. O matriciamento e as estratégias consulta conjunta e visita domiciliar são articuladas como promotoras de autonomia uma vez que propiciam a escuta do frequentador e sua família, facilitando, assim, a construção do PTS. Os desafios e os impactos na saúde, qualidade de vida e inclusão social na implementação do PTS também são alvos desse tópico.

O PTS, enquanto estratégia de cuidado, busca através de uma equipe multidisciplinar do CAPS desenvolver ações terapêuticas articuladas com a singularidade do sujeito frequentador do serviço e suas necessidades percebidas no contexto social no qual está inserido. A construção do PTS é um processo contínuo e envolve a equipe multidisciplinar do serviço, o frequentador do serviço, a sua família e sua rede social com o objetivo de produzir autonomia, protagonismo e inclusão social ao frequentador do serviço. Por ser contínuo pretende ainda diminuir a “dependência” do serviço e a ampliação de recursos para além do CAPS (BOCCARDO, ZANE, RODRIGUES, MÂNGIA, 2011).

Dessa forma, por meio de uma equipe multidisciplinar, os CAPS atendem os portadores de sofrimento psíquico grave, buscando acolher, ouvir e traçar um PTS para seus frequentadores. O desenvolvimento de um PTS envolve quatro momentos: i. diagnóstico: avaliação orgânica, psicológica e social que aborda de forma singular e única como esse sujeito está se constituindo diante do contexto no qual está inserido; ii. divisão de metas: propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas entre o técnico de referência/equipe e o frequentador do serviço; iii. divisão de responsabilidades: definição das tarefas de cada membro da equipe; e, iv. reavaliação: momento de discussão sobre os caminhos e direção das propostas (BRASIL, 2009).

A interação social para o sujeito em sofrimento psíquico grave é imprescindível para sua reinserção na sociedade. Portanto, é necessário que se busque novos mecanismos capazes de propiciar tal interação. Nessa direção, as pesquisas de Jorge et al (2011) trazem que a construção de novos espaços de diálogo entre os profissionais dos serviços de saúde mental, os frequentadores do serviço e seus familiares favorece essas relações e conseqüentemente abre caminhos para novas vivências. Resende (2015) defende que o PTS é um importante recurso terapêutico e quando construído conjunta e continuamente se torna mais espontâneo e dinâmico.

Na disposição organizacional da saúde mental o Técnico de Referência (TR) é uma peça essencial, pois possibilita a interação técnica das equipes de saúde com a subjetividade dos frequentadores do serviço. Tal interação necessita de um espaço fértil em troca de saberes (equipe de saúde, familiares, frequentadores) com vistas a transformar campos relacionais (laboral, social, cultural e familiar) (SILVA, COSTA, 2010).

2.2.1. O Técnico de Referência – TR

Furtado e Miranda (2006) descrevem o TR como um profissional, de diferentes formações, que empaticamente consiga desenvolver vínculos com os frequentadores do serviço, dessa forma podem ouvir, conhecer e perceber as necessidades individuais. A partir desse vínculo e dessa escuta qualificada, esse profissional pode articular com a equipe de saúde a elaboração do PTS.

Como destaca Lobosque (2003) é o TR que busca promover e garantir uma construção de cuidado fundamentada na cogerção e horizontalidade, validando e legitimando os saberes de todos os atores envolvidos no cuidado. Tal competência não depende simplesmente da formação acadêmica, “que se aprende na escola”, e sim da disposição de escutar, ponderar e decidir junto com o frequentador sem impor o que é possível ser feito dentro de suas relações existenciais. Assim a figura do TR pode ser ocupada por um dos funcionários do serviço, seja um técnico, uma mini-equipe, entre outras configurações.

O trabalho do TR é construído com e entre muitos, exigindo análise de conflitos, desenvolvimento de ações que viabilizem o convívio com a diferença, abertura de espaços

de fala e escuta mútua (equipe de saúde, frequentador e familiares). O agir do TR objetiva a emergência de afetos próprios das intensas relações existenciais dos frequentadores (FURTADO, MIRANDA, 2006).

2.2.2. O Frequentador do serviço

De acordo com Andrade e Maluf (2017) os sujeitos que passam por sofrimento, aflição ou perturbação psíquicos são denominados como “pessoas portadoras de transtornos mentais”, e a elas é garantido o direito ao tratamento em serviço aberto, sem discriminações de ordem etária, étnica, religiosa, orientação sexual, entre outras. No contexto dos serviços de saúde atendendo uma função política, são chamadas de “usuários”. Expressões como pacientes, doentes mentais, loucos, birutas, doidos, usadas pelo grande público são pejorativas e denotam uma percepção preconceituosa e equivocada do sujeito que está em sofrimento psíquico intenso.

Essas expressões equivocadas para se referir ao frequentador do serviço, muitas vezes utilizadas pela sociedade, não reconhecem aquele que vivencia o sofrimento psíquico como um sujeito político detentor de sua cidadania (MIRANDA, FURTADO, 2017, *apud* AMARANTE, 2001). Nascimento (2017) defende, na direção do paradigma psicossocial de cuidado, a importância da legitimação política e social do *status* de sujeito de direito, da inclusão social e da sensibilização da sociedade no sentido de superar a exclusão e discriminação que o sujeito em sofrimento psíquico está exposto. Nessa direção Musse (2008) discute os desafios enfrentados pelo biodireito e pela bioética no sentido de trazer luz às discussões acerca dos dilemas e desenvolvimento de políticas públicas na saúde mental, objetivando a desconstrução de preconceitos e o reconhecimento do sujeito que sofre psicicamente como um cidadão de direito.

O PTS, enquanto ferramenta de cuidado e sendo construído em conjunto, abarca a inclusão social, ouve e dá voz ao sujeito em sofrimento psíquico, buscando ressignificar as experiências relacionais de maneira a permitir um diálogo melhor com a sociedade e a família (LOBOSQUE, 2001; RESENDE, 2015).

2.2.3. A família

É inegável que o sofrimento psíquico de um membro da família afeta e transforma as relações: a tendência é que toda a família, em menor ou maior grau, venha sofrer também, seja por culpa, valores culturais e morais. Apesar disso muitas famílias não são atendidas em suas necessidades e desconhecem o quão determinante, na diminuição do sofrimento, sua participação no cuidado pode ser (COVELO, BADARO-MOREIRA, 2015).

A inserção da família na construção do PTS sensibiliza e esclarece a respeito do sofrimento vivenciado pelo frequentador, possibilitando uma elaboração que fortalece o vínculo família-frequentador. Um dispositivo que pode facilitar a participação da família na elaboração do PTS é a visita domiciliar, pois permite conhecer a dinâmica familiar, abrir espaço para escuta de dúvidas e incertezas e promover a aproximação da família ao serviço (CARVALHO, MOREIRA, RÉZIO, TEIXEIRA, 2012).

Pietroluongo e Resende (2007) defendem que o vínculo com a família corresponsabiliza o serviço, a família e o frequentador resultando em uma construção mais humana e singular. Esse trabalho “em equipe” pode identificar com mais responsabilidade e sinceridade os pontos vulneráveis e os riscos existentes no dia a dia do frequentador, facilitando a percepção de intervenções que sejam possíveis e pertinentes às demandas do frequentador e sua família.

A manutenção das políticas em saúde mental e o avanço da desinstitucionalização dependem diretamente do envolvimento da família com a rede de saúde e com os cuidados ao frequentador. A autonomia e a corresponsabilização promovidas pelo cuidado amplo implicam na melhor possibilidade de viver do e para o frequentador (COVELO, BADARO-MOREIRA, 2015).

Para estabelecer esse cuidado amplo o matriciamento se apresenta como uma ação facilitadora de todo o processo, pois além de estar em campo, no contexto do frequentador, pode promover uma escuta qualificada acerca dos desejos e da realidade desse sujeito.

2.2.4. Desafios e dificuldades para a implementação do PTS

As atividades previstas no PTS não devem se restringir ao CAPS, mas alcançar o território. Como Leal e Delgado (2007) apontaram, a noção de território representa o que

vai além do CAPS, a dinâmica da vida do frequentador, o que inclusive faz com que as atividades programadas para dentro do espaço do CAPS façam sentido, por serem articuladas com a vida que este tem fora deste espaço. “A vida cotidiana dos pacientes, o modo como desenham sua existência no serviço e fora dele devem ser a baliza para indicar o recurso a ser privilegiado” (LEAL, DELGADO, 2007, p. 141). O que se almeja é um PTS expandido, isto é, voltado para o território, para a comunidade. Destaca-se a potencialidade, quando é assumida a noção de território, das parcerias dos CAPS com diferentes instituições, inclusive instituições de ensino e formação de profissionais de saúde.

As situações que usualmente são consideradas pela equipe como sendo de difícil resolução são aquelas que esbarram nos limites da clínica tradicional, exigindo que sejam fornecidos instrumentos para que os profissionais consigam lidar consigo mesmos e com o frequentador de uma nova forma (BRASIL, 2007). Neste sentido, um PTS que é construído junto ao frequentador apresenta melhores resultados, pois a partir dele o frequentador não apenas pode participar de atividades que despertem mais interesse e façam sentido em sua trajetória de vida, como sua participação implica em um posicionamento mais ativo no processo terapêutico. O protagonismo dos frequentadores, em seu tratamento e em sua vida, aspectos absolutamente interligados quando o objetivo central de nossos serviços passa ser ajudar a construir projetos de vida, visando a inclusão social, é primordial (TENÓRIO, 2001; VASCONCELOS, 2003).

A despeito das possibilidades diferentes de organização do PTS, destaca-se a importância de um acompanhamento regular e contínuo do PTS. No entanto, diferentes estudos apontam que ainda é uma dificuldade para os CAPS conseguirem se organizar de forma a fazer um acompanhamento sistemático dos PTS (LEAL, DELGADO, 2007; JORGE et al, 2011).

Como alerta Lancetti (2015), a construção e manutenção do PTS é uma complexa produção e não deve ser pautada em ações fabris ou febris, exige a mobilização da rede. Dessa forma as equipes dos CAPS e mesmo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família⁴

⁴ Os Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF), criados pelo Ministério da Saúde em 2008 objetivam apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2008).

(NASF) devem sair a campo, matriciar o território, conhecer e ouvir os frequentadores, entendendo que o PTS não pode ser reduzido a um planejamento de atendimento burocrático. Nesse sentido alguns obstáculos a serem superados se relacionam com baixa participação dos frequentadores e seus familiares, limitações nas ações em campo territorial e o apoio efetivo da rede (VASCONCELOS, JORGE, CATRIB, BEZERRA, FRANCO, 2016).

Em suma, é fundamental acerca do PTS: a) que seja construído coletivamente, enfatizando a participação efetiva dos frequentadores; b) que seja expandido, não se resumindo a um cardápio de atividades ofertadas no CAPS, alcançando de fato o território existencial; c) que seja, de forma regular, dinâmica e contínua, acompanhado. Nosso esforço e objetivo é avaliar os processos de implementação de PTS em um CAPS e construir estratégias que potencializem a parceria entre o CAPS e o PRISME, articulando pesquisa e extensão, como o claro direcionamento de promover qualidade de vida e inclusão social, condições essenciais à saúde mental do sujeito.

2.3. Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental - PRISME

Nessa etapa destaca-se o PRISME que se baseia na convivência como estratégia de cuidado. Também é ressaltada a iniciativa do cartão de crise, como mais uma ferramenta de cuidado.

O Projeto Interdisciplinar em Saúde Mental - PRISME, exclusivo do UniCEUB, em parceria com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e uma Organização não governamental (ONG), vem há 16 anos contribuindo para o campo da saúde mental de forma interdisciplinar e multiprofissional (RESENDE, AGUIAR, 2018). Pretende, assim, favorecer a formação profissional daqueles que irão atuar em contextos de exclusão social, econômica e política oportunizando, uma vez inseridos em campo, desenvolverem uma postura crítica e política acerca de sua atuação profissional.

Dessa forma, explicam Resende e Aguiar (2018), o PRISME proporciona aos alunos do UniCEUB matriculados nos cursos de Direito, Educação Física, Enfermagem, Psicologia e Medicina a participação em atividades psicossociais, o convívio com os frequentadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal e de um Centro de Convivência, objetivando o acolhimento integral dos frequentadores desses serviços e a promoção de condições que possibilitem a reinserção social, tal como disposto na premissa da Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Consequentemente a partir da experiência interdisciplinar de contato direto com o sujeito que sofre é possível desenvolver novos conhecimentos que articulem o cuidado em saúde mental à inclusão social e direitos humanos. Tal experiência permite articular de forma crítica o conteúdo teórico com o fazer prático, visando assim um conhecimento emancipatório, conforme descrito por Demo (2000). O conhecimento emancipatório capacita profissionais de saúde autônomos aptos a oferecer uma atenção humanizada no cuidado em saúde mental.

O PRISME, na formação de extensionistas, ao estimular um conhecimento emancipatório, contempla as dimensões: i. teórico-científica: quando é incentivador e produtor de pesquisas que reconstróem conhecimento tornando aluno e professor parceiros nesse processo de ensino e aprendizagem; ii. clínica-prática: quando articula teoria e prática em campo, proporcionando ao extensionista além uma atuação interdisciplinar, o desenvolvimento de um cuidado humanizado voltado para as necessidades do sujeito, onde o profissional se coloca à disposição não de maneira hierárquica, como detentor do saber; e, iii. política-social: quando desenvolve uma postura reflexiva e crítica do fazer profissional, destacando o compromisso social, pessoal e profissional.

2.3.1. A convivência como estratégia de cuidado: elo facilitador do protagonismo do frequentador

Outro aspecto relevante no cuidado em saúde mental é a importância de se respeitar o tempo, a particularidade e as necessidades de cada sujeito (GONZALEZ REY, 2004). A proposta do PTS, aliada à convivência, vem ao encontro de tal percepção, uma vez

que os conteúdos e as práticas propostas pelo PTS, não devem ser determinadas a priori. São uma produção única e singular que devem permitir o surgimento da expressão de elementos que constituem conflitos para o frequentador e os cuidados são pensados a partir da especificidade de cada um.

A convivência conforme proposta por Resende (2015) é facilitadora de um espaço de diálogo e de emergência do sujeito, em especial aquele em sofrimento psíquico grave. Nesse sentido, a convivência em sua dimensão clínica, ultrapassa o olhar sobre, alcançando com as disponibilidades afetivas do *estar com*, o *fazer junto* e o *deixar ser*, o entendimento que tratar não é prover necessidades, e sim oferecer um cuidar na *justa medida* sem tutelar e sem desassistir.

Resende (2015), a partir da experiência do PRISME e do trabalho de doutoramento, defende que a existência de alguns grupos abertos, em que o frequentador pode participar e experimentar diferentes atividades, facilitaria a construção conjunta (profissionais e frequentadores) do PTS. Através da convivência em grupos abertos com a participação efetiva dos frequentadores na própria elaboração das atividades seria possível um exercício de protagonismo e uma construção mais dinâmica do PTS (RESENDE, 2015).

Jorge et al (2011) apontam a importância da valorização da opinião e do saber de quem utiliza o sistema de saúde, e de sua família, ao montar o PTS. Portanto, o PTS não pode ser limitado aos serviços, deve ultrapassar as oficinas e grupos disponíveis e oferecidos pelo serviço. Dessa forma a qualidade e intensidade do vínculo e a convivência dos alunos extensionistas com os frequentadores de serviços de saúde mental pode incrementar e auxiliar na participação dos frequentadores na construção dos PTS.

2.3.2. Cartão de Crise

Dentre as contribuições no campo da saúde mental desenvolvidas pelos extensionistas do PRISME, destaca-se a reflexão da implementação, de forma participativa, do Cartão de Crise, na ONG INVERSO, parceira do Projeto e em um CAPS II. Em sua pesquisa Miranda (2017) concluiu que a abrangência do Cartão ultrapassa a otimização do atendimento à crise, tornando-se uma ferramenta que promove a legitimação da individualidade do sujeito dando-lhe voz acerca de como gostaria de ser tratado.

Baseado nos fundamentos da Gestão Autônoma da Medicação – GAM (2014), no segundo semestre de 2018, em um CAPS II do DF, um projeto piloto de desenvolvimento do Cartão de Crise, realizado por estagiárias (ex extensionistas do PRISME), alcançou resultados bastante promissores. O Cartão é construído de forma conjunta, viabilizando a cogestão, incentiva o empoderamento, horizontaliza o cuidado, desenvolvendo autonomia, aqui compreendida como essencial para o protagonismo do sujeito que sofre psicicamente. Assim, promover autonomia objetiva “ampliar as possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (MIRANDA, 2017 *apud* KINOSHITA, 1996, p. 57).

O Plano de Crise, que antecede o desenvolvimento do Cartão de Crise, suscita e elenca importantes informações sobre as ações pertinentes no surgimento da crise, estabelecendo as ações que o sujeito que sofre entende como importantes e necessárias. O frequentador aponta, inclusive, quem são as pessoas de sua confiança. O preenchimento é realizado quando o sujeito está em equilíbrio e em diálogo com seu TR e família, promovendo uma interlocução entre os atores envolvidos no seu contexto de vida (BRASIL, 2013). Tal interlocução torna o frequentador do serviço mais participativo no cuidado, exercitando seu protagonismo que pode influenciar de forma positiva na construção do PTS.

3. Metodologia

O presente estudo articulou-se em dois eixos principais. O primeiro visou analisar como o processo de PTS está sendo desenvolvido em um CAPS II do Distrito Federal. No segundo eixo foi analisado como a parceria PRISME/CAPS pode ser utilizada para incrementar a implementação do PTS.

Foi proposta para esta pesquisa uma metodologia qualitativa. No entanto, partiu-se do princípio exposto por Demo (2006, p. 8) que os dados qualitativos também abrem margem para uma análise quantitativa, uma vez que tais dados qualitativos “também são, de alguma forma, ‘dados’, ou seja, possuem referências como tamanho, frequência, escala, extensão”.

A construção das informações qualitativas baseou-se em entrevistas semiestruturadas que permite a construção de informações qualitativas, combinando perguntas abertas e fechadas, permitindo ao entrevistado se posicionar para além da

questão formulada (MINAYO, 2015). Também foram realizadas entrevistas narrativas que, de acordo com Bauer e Gaskell (2002), proporcionam ao entrevistado o resgate de sua história de vida, ao contar livremente sobre um ou mais fatos de maneira não estruturada, o entrevistado pode ressignificar sua experiência como também proporcionar aos outros, a partir de sua publicidade, novas percepções acerca de um tema comum.

O projeto se iniciou com a realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais do CAPS e alunos extensionistas do PRISME, além de entrevistas narrativas com frequentadores no CAPS sobre o modo como o PTS é realizado: como se inicia, quem participa, sua abrangência, processos de acompanhamento/revisão. A construção da informação qualitativa, através das entrevistas, permitiu compreender de forma mais complexa as variáveis que estão implicadas no processo de construção do PTS do CAPS, como também responder aos seguintes questionamentos: como os frequentadores e profissionais avaliam a elaboração do PTS? Qual impacto do PTS no tratamento? Qual o impacto das estratégias descritas no PTS na relação familiar e na inclusão social do indivíduo? O que é necessário fazer para melhorar a elaboração do PTS? Há a participação dos frequentadores na construção do PTS? O PTS é revisado periodicamente? Como é feita a revisão do PTS? O objetivo, a partir desta reflexão, é aprimorar o processo de elaboração do PTS e estender este dispositivo a outras instituições que são parceiras do PRISME.

Para tanto, foram realizadas entrevistas com as diferentes categorias profissionais no CAPS: psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional. Também foram realizadas entrevistas com alunos extensionistas que já atuaram em diversas instituições que tem parceria com o PRISME (3 CAPS II, 1 CAPS III, 1 CAPSi e 1 Centro de Convivência). Foram realizadas 06 entrevistas, com essas diferentes categorias profissionais e 08 com os extensionistas.

As 04 entrevistas narrativas com os frequentadores (indicados pela equipe profissional) consideraram os seguintes critérios: a) o frequentador ter interesse em compartilhar a experiência no CAPS, aceitando voluntariamente fazer parte da pesquisa; e b) ser considerado pela equipe e pelo frequentador como estando apto emocionalmente para narrar sua experiência de sofrimento e recuperação, podendo inclusive, tal como a metodologia das narrativas no campo da saúde mental tem demonstrado fazer da

experiência narrativa uma possibilidade de ressignificação da própria história, em um movimento de empoderamento pessoal (VASCONCELOS, 2003). Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas e 04 entrevistas narrativas, com o objetivo de atingir a saturação dos dados.

No segundo eixo de pesquisa foi avaliada como a parceira PRISME/CAPS pode ser utilizada para incrementar a implementação do PTS. O seguinte questionamento foi realizado ao longo da pesquisa: como o projeto de extensão PRISME pode impactar o processo de elaboração e acompanhamento do PTS?

O grupo focal é uma metodologia que passou a ser utilizada a partir da década de 80 em pesquisas avaliativas, tanto no campo da saúde quanto da educação, e tem sido amplamente aplicada por profissionais que buscam desenvolver pesquisas nessas áreas, visando implementar ou avaliar determinados programas (MORGAN, 1998). A técnica desenvolvida na metodologia de grupo focal possibilita analisar a percepção dos integrantes grupais acerca de determinados programas, permitindo assim um levantamento de dados que pode ser utilizado como base para aprimoramento, mudanças ou inovações nas atividades desenvolvidas dentro do programa avaliado (BORGES; SANTOS, 2005). No presente caso, o objetivo dos grupos focais (com 10 profissionais e 07 frequentadores do CAPS) foi propiciar um espaço coletivo de reflexão para o aprimoramento dos processos relacionados ao PTS. As entrevistas semiestruturadas, narrativas e os grupos focais foram transcritos em sua íntegra.

A coleta de dados foi, portanto, dividida em três fases:

- 1a. fase: Entrevistas semiestruturadas com profissionais do CAPS (6) e alunos do PRISME (8)
- 2a. fase: Entrevistas narrativas com os frequentadores do CAPS (4)
- 3a. fase: Grupos focais com os profissionais (1 grupo focal com participação de 10 pessoas) e frequentadores do CAPS (1 grupo focal com participação de 7 pessoas)

Os dados foram analisados segundo a hermenêutica de profundidade (THOMPSON, 1995) tal como reinterpretada por Demo (2006). Esta análise prevê três fases complementares e não lineares: contextualização sócio-histórica, análise formal e

reinterpretação. Esta proposta de análise de dados é especialmente adequada para estudos sobre fenômenos humanos e sociais complexos, cujo campo-objeto é constituído por sujeitos que experienciam e interpretam de forma complexa e não-linear a realidade (DEMO, 2006); no nosso caso específico, os processos implicados na construção de um PTS. Os instrumentos utilizados permitiram que fossem evidenciadas tanto dificuldades quanto sugestões para o aprimoramento do processo de construção dos PTS no CAPS.

Por fim, destacou-se que incluir os frequentadores na pesquisa é uma escolha metodológica e ética que se sustenta na concepção de que a participação do frequentador se faz fundamental para que o PTS seja efetivo (BRASIL, 2007; 2001). Em observação à Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e resoluções complementares que estabelecem as diretrizes éticas nacionais, este projeto foi submetido a avaliação do Comitê de Ética do Centro Universitário de Brasília por envolver pesquisa com seres humanos, e da Secretaria do Distrito Federal por se tratar de um órgão governamental.

O projeto dessa pesquisa foi submetido, para apreciação e aprovação, ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, sob o protocolo nº. 01803518.0.0000.0023, e após o deferimento da aprovação, foi realizado um convite aos participantes dessa pesquisa. Uma vez aceito o convite, apresentou-se aos participantes o TCLE, e todos foram orientados e informados sobre os aspectos que compuseram a pesquisa, sendo então colhidas as assinaturas no TCLE.

4. Resultados e Discussão

Serão apresentadas as análises das informações qualitativas produzidas a partir das categorizações das entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais do CAPS II, e com extensionistas do PRISME, entrevistas narrativas com os frequentadores do CAPS II, e grupos focais com frequentadores e profissionais do CAPS II, realizadas de acordo com a metodologia proposta por Demo (2006), apresentada anteriormente.

4.1. Contextualização sócio-histórica.

De acordo com Demo (2006), as informações qualitativas obtidas durante a pesquisa devem ser interpretadas diante do contexto em que foram produzidas. Dessa forma, para

entendimento desse contexto, nesse tópic, serão articulados o cenário atual da saúde mental no DF, a atuação do PRISME nesse cenário e como o PTS pode ser um aliado na inserção social do frequentador do CAPS II.

O desafio de oferecer um cuidado humanizado necessita que a RAPS seja fortalecida através do reconhecimento dos serviços da rede e das ações ali desenvolvidas (LIMA, SILVA, 2004). O Distrito Federal é carente de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, tais como residências terapêuticas e centros de convivência. De acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2019), para atender a demanda em saúde mental de todas as regiões administrativas o DF conta apenas com 18 CAPS, sendo: quatro CAPSi, um CAPS I, cinco CAPS II, um CAPS III, quatro CAPS AD II, e três CAPS AD III, além do Hospital São Vicente de Paula (HSVP).

Contudo, ressalta-se que a RAPS do DF ainda está sendo estruturada, tendo seu primeiro CAPS sido inaugurado em 2005, e a efetivação da desinstitucionalização tal qual proposta pela Política Nacional de Saúde Mental depende, de acordo com Resende e Costa (2017), do aumento dos serviços substitutivos para um número congruente com as demandas da população do DF.

Inseridos nesses serviços, os profissionais devem ser capazes de desenvolver um trabalho alinhado com as diretrizes do modelo psicossocial de cuidado em saúde mental. O PRISME, como mais uma estratégia nesse cenário, pode ser um facilitador na formação desse profissional e a inserção dos extensionistas nos serviços pode ajudar a inspirar a promoção de ações voltadas ao modelo psicossocial.

Os extensionistas do PRISME estão presentes, no mínimo em dupla interdisciplinar, em cinco CAPS do Distrito Federal, sendo um CAPS III, três CAPS II e um CAPSi, além de um Centro de Convivência. Atuam em atividades oferecidas pelas instituições, elaboram e planejam ações e projetos, sob a estratégia da convivência com vistas ao melhor cuidado ao frequentador.

Inseridos nos serviços, e vinculados aos frequentadores, os extensionistas podem oferecer uma escuta que permita o protagonismo do sujeito que sofre psicicamente. O desenvolvimento conjunto de ações pode facilitar o processo de autonomia e

independência do frequentador (RESENDE, COSTA, 2017). O desenvolvimento do PTS necessita desse posicionamento, desse protagonismo do frequentador, e objetiva sua autonomia e inclusão social.

A seguir serão apresentadas as análises formais das entrevistas semiestruturadas, das entrevistas narrativas e dos grupos focais.

4.2. Análise formal

Nesta etapa da pesquisa serão apresentadas as análises dos relatos⁵ produzidos através: a) das entrevistas semiestruturadas que foram realizadas individualmente com os profissionais; b) das entrevistas narrativas realizadas com os frequentadores do serviço; c) das entrevistas semiestruturadas que foram realizadas individualmente com os extensionistas e, d) dos grupos focais realizados com os frequentadores e profissionais. As categorizações das informações qualitativas foram feitas a partir da análise das transcrições das gravações das entrevistas semiestruturadas/narrativas e dos grupos focais com os participantes da pesquisa.

4.2.1. Entrevistas semiestruturadas com profissionais

A partir das informações qualitativas produzidas a partir das percepções dos profissionais entrevistados, as análises foram organizadas nas seguintes categorias: a) *O que é o PTS?*, evidenciando o entendimento do profissional acerca do PTS; b) *A implementação do PTS*, identificando as dificuldades, os desafios e as discrepâncias de como deveria ser tal implementação e como de fato é feita, apontadas pelos profissionais de acordo com suas experiências; e, c) *Os atores envolvidos na construção do PTS*, analisando a potencialidade da participação no cuidado ao frequentador.

a) O que é o PTS?

O PTS enquanto estratégia de cuidado busca oferecer ações terapêuticas que promovam o protagonismo, a autonomia e a inclusão social do frequentador (Boccardo et

⁵ Os nomes dos participantes da pesquisa são fictícios.

al, 2011). O profissional Geraldo ressalta a importância de ouvir o frequentador na elaboração dessas ações.

Acho que são estratégias construídas em conjunto com esse usuário, que parte dele, muito mais dele, afinal de conta ele é o grande sujeito disso tudo, diz respeito à vida dele, às vivências dele, às possibilidades dele (Entrevista Profissional Geraldo, p. 1).

Para Resende (2015), enquanto recurso terapêutico, o PTS deve ser construído conjuntamente. O TR assume um importante papel ao possibilitar a interlocução do frequentador e a família (SILVA, COSTA, 2010). A profissional Márcia destaca a construção conjunta, reforçando o protagonismo do frequentador e a escuta da família e o papel mediador do TR.

Que seja uma construção junto com o profissional, que atende esse paciente e a família. Uma construção assim, no sentido de discutir com ele coisas relativas à vida dele, o ambiente em que ele mora, onde ele circula, coisas que sejam assim pra ele importantes pra vida dele, pra qualidade de vida, melhorar as relações familiares, enxergar junto com ele... o PTS seja um plano que a gente traça junto com ele, mas sempre ele no comando, na decisão, a gente participa, mas não dizendo o que fazer. Mas ajudando ele a andar, sabe? (Entrevista Profissional Márcia, p. 1).

Hori e Nascimento (2013) evidenciam que, dos serviços da Rede, é exatamente no CAPS que o PTS assume sua maior potência, pois objetiva que o frequentador encontre recursos que o levem à autonomia e à inclusão social. A profissional Kelly compreende a importância do PTS na avaliação da alta. À medida que os objetivos propostos no PTS são alcançados mais próximo de deixar o CAPS o frequentador está.

É uma ferramenta necessária. Eu acredito que até para visar a alta do paciente. Quais são os objetivos. O que a gente quer alcançar. Da gente conhecer como que está esse paciente mais a fundo e planejar com ele as atividades... (Entrevista Profissional Kelly, p.1).

O entendimento acerca do que é o PTS, por parte dos profissionais, revela uma elaboração crítica e reflexiva condizente com literatura produzida no campo da saúde

mental. Observa-se que as noções de autonomia, de inclusão social, de protagonismo e construção conjunta são bem sedimentadas nas visões dos profissionais entrevistados. Todavia, é mister aprofundar na implementação desse PTS, conforme exposto a seguir.

b) A implementação do PTS.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007a), as ações terapêuticas propostas no PTS são resultado de discussão coletiva, multidisciplinar e integrada ultrapassando o diagnóstico psiquiátrico e a medicação, objetivando cuidado aos frequentadores dos serviços. Seu desenvolvimento acontece em 4 momentos:

1) **diagnóstico:** que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele. 2) **Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. 3) **Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza. 4) **Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. (Cartilha da PNH Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, 2007, p.41.)

Na fala do Profissional Geraldo não fica claro se as fases são seguidas, se são feitas as reuniões, parece que o PTS é construído apenas na chegada do frequentador ao serviço.

eu acho que ele começa no momento do acolhimento, quando você senta ali, com aquele usuário que tá chegando no serviço e ele vai colocando as demandas dele, e a partir daquele momento, juntos, vocês começam a pensar estratégias de enfrentamento, ou não, às questões que ele vai colocando (Entrevista Profissional Geraldo, p. 1).

A profissional ressalta a interdisciplinaridade no processo e a construção conjunta com a família. Márcia aponta também uma fragilidade na capacidade do CAPS em atender a demanda da construção do PTS.

A gente marca um momento com o paciente. Se possível que a família venha junto. A gente disponibiliza um horário que a gente senta junto com ele e nesse momento a gente realiza junto com ele e a família, quando ela vem. Geralmente são dois profissionais de áreas diferentes. Às vezes não dá pra gente fazer desse jeito. Quando não dá a gente faz sozinho mesmo. Mas sempre com dois profissionais que contemplem áreas diferentes, sabe? (Entrevista Profissional Márcia, p. 1).

A respeito do desenvolvimento das metas, a profissional Kelly não aponta uma sistematização em relação aos prazos dos objetivos.

vai ter esse dia de atendimento específico do PTS. E temos uma fichinha, que a partir do que está escrito nessa fichinha, a gente vai perguntando para o paciente e vai colocando na ficha e vendo, quais são os objetivos também. Para traçar com o próprio paciente (Entrevista Profissional Kelly, p.1).

Sobre a revisão/reavaliação do PTS, a profissional Márcia refere que existe um momento, pré determinado, para essa análise, mas não esclarece os objetivos da reavaliação e essa parece ser determinada mais pela disponibilidade do serviço do que pela necessidade do frequentador.

Ela é feita... No dia que a gente faz o PTS, a gente geralmente já marca uma data para ser revisto esse PTS. Geralmente é em torno de dois meses depois daquele dia, tá? O tempo, mais ou menos, é sempre esse. Em torno de dois meses. Um pouco a mais, um pouco a menos, porque aí vai depender de agenda da gente também, tá? Mas tem sido, mais ou menos, esse tempo (Entrevista Profissional Márcia, p.5).

No entanto, esta não é uma prática sistematizada na equipe. Diante do exposto, considerando os relatos dos profissionais e o determinado pelo Ministério da Saúde, é possível que haja uma discrepância entre o modo que o PTS deve ser implementado e como de fato ele é desenvolvido. Isso pode estar relacionado ao número reduzido de profissionais que compõem a equipe, de modo que a realização da revisão/acompanhamento do PTS não tem acontecido de forma sistemática.

c) Os atores envolvidos na construção do PTS

De acordo com o Ministério da Saúde (2007a), a construção do PTS permite a articulação com outros serviços da rede e o matriciamento com especialistas. O profissional Geraldo sublinha exatamente esse aspecto, reconhecendo, inclusive, atores fora da rede oficial:

CRAS, CREAS, o Centro Pop, a área de justiça também, principalmente Defensoria Pública e o MP... outros atores também da própria rede de saúde como as UBSs, o Hospital São Vicente também... Conselho Tutelar ...TJ de vez em quando também, mas é raramente, acho que esses. E acho que agora também a questão das universidades também, pelos campos de estágio que abriam (Entrevista Profissional Geraldo, p. 5).

O profissional José ressalta o suporte social do frequentador e a presença de estagiários e extensionistas nos serviços como agregador no cuidado ao frequentador.

Com certeza é muito importante. A própria comunidade do indivíduo se a gente puder trazer pessoas, ampliar essa rede social. Não ficar só com familiares, a gente conseguir envolver a rede desse indivíduo. Não ficar só com o familiar. Às vezes alguém de onde ele frequenta na comunidade. Envolver... inclusive a gente tem muitos estagiários aqui. Não só estagiários, mas também os extensionistas e também os que estão na medicina, internos. Eu acho que a gente pode envolver também. Tudo é válido. A grande questão mesmo é a gente conseguir organizar isso. Na teoria é legal, mas na prática é difícil (Entrevista Profissional José, p.3).

A profissional Kelly acredita que a responsabilidade maior de oferecer cuidado ao frequentador é do TR e a partir de suas ações outros atores poderão ser mobilizados para atender as demandas do frequentador.

Percebe-se que outros atores podem promover uma diferença no cuidado do frequentador, inclusive a partir do desenvolvimento do PTS, um TR capaz de articular os serviços para além da saúde mental, pode facilitar o cotidiano do frequentador, seja acionando os outros serviços, seja possibilitando a ampliação de sua rede familiar e seu suporte social. Em seguida serão apresentadas as análises das entrevistas narrativas dos frequentadores.

4.2.2. Entrevistas narrativas com frequentadores

Acerca das percepções dos frequentadores entrevistados, as análises foram organizadas nas seguintes categorias: a) *o que é o PTS?*, evidenciando o entendimento do frequentador acerca do PTS e *como as atividades do PTS foram escolhidas*, evidenciando o desejo, a disponibilidade e os interesses do frequentador; e, b) *como o frequentador se sente em relação ao CAPS*, de acordo com a experiência de vida desses frequentadores.

a) O que é o PTS?

Como já mencionado o PTS é estratégia de cuidado que busca desenvolver ações terapêuticas que promovam o protagonismo, a autonomia e a inclusão social do frequentador (Boccardo et al, 2011). Contudo, a frequentadora Glória não tem uma noção correta do que seja o PTS, e parece que não se implicou na construção de seu PTS.

Pra começar? Eles conversaram comigo, pra ver como é que eu tava... Perguntaram como é que era a minha doença, como é que eu lidava com essa doença. É muito difícil essa doença (Entrevista Narrativa Frequentadora Glória, p.1).

Para o frequentador Antônio desenvolver um PTS é apenas definir em quais grupos ele irá participar, o que foge ao objetivo do PTS: desenvolver ações terapêuticas articuladas com a singularidade do sujeito frequentador do serviço e suas necessidades percebidas no contexto social no qual está inserido (LEAL E DELGADO, 2007).

Não, eu só vejo falar assim do PTS. Mas não sabia qual era o significado. Ouvi falar assim, quando queriam me botar para participar o dia todo, aí falavam que iam mexer no meu PTS. Só que eu não sabia o que era. (Entrevista Narrativa Frequentador Antônio, p.2).

Observa-se que o frequentador não sabe o que é o PTS. Para atingir sua potencialidade clínica o PTS necessita que o frequentador participe das decisões e escolhas das ações que compõem o PTS tal qual defendido por Resende (2015)

As escolhas das atividades não devem ser oferecidas como em um cardápio, devem ser elaboradas a partir das demandas e singularidades do frequentador (BRASIL, 2007a). A frequentadora Glória relata que escolheu as atividades que foram oferecidas.

ENTREVISTADA: Eu cheguei eles me ofereceram umas atividades pra mim fazer... (silêncio). Grupo de música e.... e.... como é o nome do outro grupo... hoje é cinema CAPS, hoje. (silêncio).

ENTREVISTADORA: Essas atividades foram escolhidas por você?

ENTREVISTADA: Eles... eles... [baixa o olhar (silêncio)]

ENTREVISTADORA: E você gostaria de ter escolhido outras coisas?

ENTREVISTADA: Não pra mim está bom demais, estou no grupo de música até hoje. (silêncio). (Entrevista Narrativa Frequentadora Glória, p.1).

Para o frequentador Joaquim a escolha pela oficina de música também aconteceu a partir de seu interesse dentro das possibilidades oferecidas pela instituição.

Aqui eu participo só da música... (silêncio). Foi uma escolha minha (silêncio). Eles ofereceram as oficinas pra mim e eu escolhi, eu escolhi a música porque eu já toco violão... risos.... (silêncio) (Entrevista Narrativa Frequentador Joaquim. p. 2).

A fala do frequentador Antônio aponta para uma ausência de opções, na verdade o que ele escolhe é não estar na rua.

escolha foi porque... tipo assim, é porque estou em situação de rua, né? Aí então para eu ficar aqui, que eu durmo aqui pertinho mesmo, aqui na W3, aí fica melhor para eu vir para cá. Aí pelo menos já passo o dia, aí já me distrai mais um pouco. (Entrevista Narrativa Frequentador Antônio, p.3).

Nesse tópico nota-se que embora o PTS não seja bem compreendido pelos frequentadores existe uma certa participação, no sentido de que sua opinião sobre quais atividades participar no CAPS é considerada, mas parece que se resume, no momento, a um “cardápio” de atividades, pouco articulado com o território e sem definição de metas. Dessa forma não leva ao protagonismo, autonomia e nem mesmo a inclusão. O CAPS, para o frequentador Antônio, por exemplo, é um lugar de estar e não de passagem. Cabe, portanto, analisar como é para o frequentador estar no CAPS.

b) Como o frequentador se sente em relação ao CAPS

Os CAPS são definidos como serviços que objetivam acolher as demandas de saúde mental do território e gerenciar o percurso dos frequentadores (BRASIL, 2004). No que se refere ao acolhimento observa-se, de acordo com a frequentadora Glória que ela é bem acolhida e estar no CAPS é promotor de saúde:

“melhora o trato, eu me sinto mais calma. (Silêncio). Só que é muito bom aqui, só isso... (silêncio)” (Entrevista Narrativa Frequentadora Glória, p. 2).

O frequentador Joaquim relata que é medicado e que percebe melhora. Nesse sentido observa-se que o CAPS atende a demanda medicamentosa:

“eu tô me sentindo bem melhor, tomo uma injeção por mês, Haldol, tá sendo bom pra mim... pra firmar o pensamento... tá sendo boa pra mim... tá bom... (silêncio)” (Entrevista Narrativa Frequentador Joaquim, p. 2).

O acolhimento é novamente ressaltado na fala do frequentador Antônio. É importante que o CAPS seja um espaço receptivo, contudo não é apenas essa a sua vocação. Desenvolver ações para além CAPS também é imprescindível.

Finaliza-se esse tópico com a percepção de que o CAPS é, para os frequentadores entrevistados, um espaço receptivo e acolhedor. Demandas médicas e medicamentosas são atendidas. Contudo, para os frequentadores possam usufruir o PTS em sua potencialidade é importante que conheçam e compreendam o objetivo maior do PTS. Outros atores participam da construção do PTS, nesse sentido, serão analisadas as percepções dos extensionistas a partir das entrevistas realizadas.

4.2.3. Entrevistas semiestruturadas com extensionistas

Os extensionistas participantes dessa pesquisa atuam nos CAPS parceiros do projeto PRISME, buscou-se neste tópico organizar as informações qualitativas sobre os diferentes modos como o PTS tem sido realizado. Dessa forma, no que tange as percepções dos extensionistas entrevistados as análises foram organizadas nas seguintes categorias: a) *O que é o PTS?*, evidenciando o entendimento do extensionista acerca do PTS; b) *A participação ou observação da elaboração de um PTS*, mapeando a experiência na prática do desenvolvimento do PTS nas instituições; c) *A participação do frequentador e da família*

na elaboração do PTS, abordando as possibilidades positivas e negativas na relação família-frequentedor.

a) O que é o PTS?

Tenório (2001) esclarece que o PTS é uma estratégia de cuidado ao frequentador que deve desenvolver ações terapêuticas de forma contínua com a intenção de produzir autonomia, protagonismo e inclusão social. Resende e Costa (2017) ressaltam a necessidade de ser formado um profissional consciente e capaz de entender as premissas do modelo psicossocial de cuidado. Contudo na fala da extensionista Laura pode-se observar uma fragilidade na formação desse profissional no que envolve o seu entendimento acerca do PTS.

Não sei o que é um PTS. Nesses dois CAPS que eu participei e nesses 3 anos de PRISME... eu fui ouvir falar de PTS esse semestre, e até hoje eu não sei muito bem como é que é (Entrevista extensionista Laura, p.1).

Para a extensionista Denise o entendimento do que é um PTS se aproxima mais ao descrito por Resende (2015). A extensionista percebe que é uma construção conjunta com o objetivo de abrir novas possibilidades de ser e estar na sociedade.

O PTS para mim é um plano que, em tese, o paciente deveria participar, mas assim a gente acha que não participa tanto, junto com o terapeuta de referência na construção de uma solução para aquele problema, para aquele sofrimento. Não só para amenizar, sei lá, é uma forma de encontrar um caminho junto, esse é o entendimento que eu tenho (Entrevista extensionista Denise, p.2).

Jorge et al (2011) defendem a construção de novos espaços de diálogo entre os profissionais dos serviços de saúde mental e os frequentadores do serviço como facilitadores de abertura para o compartilhamento de vivências. A extensionista Júnia se refere a esse diálogo:

...o PTS é aquilo que junto ao usuário e a equipe ou um membro da equipe se constrói. Um plano terapêutico em que seja, em que caiba as necessidades dele” (Entrevista extensionista Júnia, p. 1).

O extensionista Arthur contempla os entendimentos de Jorge et al (2011) no que diz respeito a importância do diálogo entre os atores e também a compreensão de Lobosque (2001), ressaltando a autonomia, o protagonismo, a inclusão social e o que faz sentido para o frequentador.

De entender e investigar o que seja da pessoa mesmo, que possa fazer sentido para ela, que ela possa resgatar. Seja na ordem do sentido do trabalho, da família, da própria condição da qual se encontra de sofrimento, assim, vê como é que você pode tentar encontrar algumas peças que são importantes na vida dela sabe? É, para que você possa fazer um trabalho que seja sob medida né? (Entrevista extensionista Arthur, p. 2).

O PTS, enquanto estratégia de cuidado tal como discutido na fundamentação teórica, não é completamente compreendido pelos alunos extensionistas, o que pode estar relacionado à pouca experiência na elaboração de um PTS, uma vez que o PTS não parece estar estabelecido de forma integral e tampouco consistente nos diferentes CAPS aos quais os extensionistas estão presentes.

b) A participação ou observação da elaboração de um PTS

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a elaboração do PTS acontece em quatro fases: i. diagnóstico: avaliação singular e contextualizada das condições orgânica, psicológica e social do frequentador; a) divisão de metas: de curto, médio e longo prazo que serão estudadas conjuntamente com o técnico de referência e o frequentador do serviço; b) divisão de responsabilidades: definição das tarefas de cada membro da equipe; e c) reavaliação: momento de reavaliação das metas propostas. A experiência da extensionista Júnia com o PTS não contemplou as fases, na verdade para ela o PTS parece não estar voltado às necessidades do frequentador.

Olha, é.... eu tenho algumas críticas acerca do PTS vindas de usuários, muito pela obrigação de você ter que cumprir aquele PTS porque caso contrário a pessoa pode muitas vezes até ser desvinculada ao CAPS (Entrevista extensionista Júnia, p. 1).

Na fala do extensionista Arthur a experiência da elaboração de um PTS ficou reduzida ao acolhimento inicial, não participando de um acompanhamento dos desdobramentos do PTS.

eu elaborei alguns com profissionais, cheguei a fazer um ou outro é, sozinho, né? Porque ali estava muito atrelado também ao acolhimento pelo o que eu percebi assim, muitas vezes eu acolhia e como fui eu quem acolhi... (Entrevista extensionista Arthur, p. 1).

A partir da análise desse tópico é possível perceber, ainda que de maneira limitada, que o extensionista experencia a elaboração/construção do PTS e é possível destacar alguns limites no modo como o PTS está sendo desenvolvido nos CAPS.

Em seguida serão analisadas as percepções dos extensionistas acerca do acompanhamento e do alcance dos objetivos propostos no PTS.

c) A participação do frequentador e da família na elaboração do PTS

Covelo e Badaro-Moreira (2015) entendem que o apoio familiar positivo está diretamente relacionado ao fortalecimento do cuidado psicossocial, promovendo autonomia e novas possibilidades de viver ao sujeito que sofre psiquicamente. Nessa direção o extensionista Arthur chama a atenção para o cuidado com a família do frequentador uma vez que essa também sofre e adocece junto com ele. Podendo ser uma influência positiva ou negativa em seu tratamento.

a família é... pode interferir nesse processo. De forma positiva assim como de forma negativa, às vezes de forma protetiva, às vezes a família pode estar muito abalada com o que pode ter ocorrido, né? Ela também precisa de acolhimento assim, precisa de um certo apoio. Então, tem que ser muito cauteloso, muito cuidadoso, paciente porque eu acho que isso não se faz em cinco minutos, acho que precisa de uma certa... é... vamos dizer assim, uma certa profundidade, uma certa penetração, no sentido de você mergulhar mais com a pessoa (Entrevista extensionista Arthur, p.8).

A extensionista Denise acrescenta que é importante que a família concorde com as ações estabelecidas no PTS, para que sejam evitadas resistências em virtude de ruídos de comunicação.

às vezes pode ser muito positivo ou às vezes a família encontra uma resistência nisso e às vezes fala: não, não quero mais levar, tá botando ideia na cabeça do menino, e eu não quero que seja assim, eu quero que seja do meu jeito, porque é a forma que eu entendo de cuidado (Entrevista extensionista Denise, p. 6).

Nesse tópico percebe-se que a família do sujeito que sofre psiquicamente também necessita de um acolhimento e cuidado. O apoio familiar é, como Pietroluongo e Resende (2007) ensinam, fundamental na promoção do cuidado psicossocial em saúde mental, podendo ser facilitador da autonomia e inclusão social do frequentador.

4.2.4. Grupo focal com profissionais

Participaram ativamente do Grupo Focal, respondendo e levantando questões, 7 profissionais do CAPS II, porém na sala de entrevista haviam 10 profissionais do serviço, o que se mostra importante uma vez que as discussões podem ter impacto também nesses 3 profissionais que não se posicionaram ativamente. Entre os participantes, estavam representadas todas as especialidades profissionais que o serviço conta, que são: Terapia Ocupacional, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem.

O Grupo Focal teve duração de 48 minutos e foi iniciado com a apresentação de dados parciais obtidos na pesquisa até então, com enfoque em como é feito o PTS neste CAPS e quais as dificuldades enfrentadas nessa produção. Entre os aspectos da construção do PTS foram destacados: que seja construído coletivamente, enfatizando a participação efetiva do frequentador; que seja expandido, não se resumindo a um cardápio de atividades ofertadas no CAPS, alcançando de fato o território existencial; e por fim, que seja regular, dinâmico e continuamente acompanhado.

Entre as dificuldades que ficaram evidentes nas entrevistas e foram apresentadas aos profissionais no Grupo Focal destacam-se a inclusão da rede na organização do PTS, de modo a englobar familiares e amigos dos frequentadores, bem como redes de apoio e outras instituições; dificuldade em manter o acompanhamento e a revisão do PTS, que até então tem ocorrido de forma não

sistematizada; e dificuldade em aprimorar o PTS, de modo a ser articulado com os objetivos do tratamento e do cuidado.

a) **Participação da Família no tratamento**

Um dos aspectos mais debatidos no Grupo Focal com os profissionais foi o impacto que a família tem no tratamento e de que forma pode-se potencializar a participação dessas pessoas na terapêutica estabelecida. Desde o início, um dos profissionais frisou que o conceito de família utilizado no CAPS é ampliado, englobando vínculos para além do geneticamente estabelecido. Nesse sentido, Pedro nos afirma que:

...quando a gente fala família, não necessariamente é a família de sangue, [mas sim] aquele núcleo social mais próximo (Profissional Pedro, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 1).

Pensando a família nesses termos ampliados, esse mesmo profissional explica as formas que esse serviço de saúde tenta envolver os familiares, a partir de incentivos à participação em grupos e nos atendimentos individuais. Nesse sentido, a realidade dos atendimentos mostra que muitas famílias desconhecem o fato de que sua participação no cuidado é determinante para o sucesso do tratamento, na diminuição do sofrimento do frequentador (COVELO, BADARO-MOREIRA, 2015). Além disso, o profissional também explicita motivos percebidos por ele para que essa família não tenha uma participação efetiva:

Eu acho que tem que começar desde o início mesmo [a busca pelo envolvimento da família], aquele paciente que vem sozinho, às vezes é chamado [o familiar] no próximo atendimento, no PTS, pro nosso Boas Vindas, para o familiar entender o funcionamento do CAPS, que a gente observa que muitos não tem o conhecimento de como é o processo terapêutico. Ou vem com aquela ideia de “toma que o filho é seu. Não aguento mais o paciente e quero que ele fique de segunda a sexta-feira no CAPS”. Envolver no Grupo de Família (Profissional Pedro, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 1).

É preciso entender essa questão como multifatorial. Nesse sentido, outra profissional apresenta outros elementos importantes na realidade das famílias dos frequentadores, que dificultam sua participação efetiva no tratamento: *“A questão financeira também, que pega muito.*

A questão, às vezes, da distância, que também é outra coisa que dificulta a vinda deles aqui. E muita gente, porque assim, já teve fala de pais que porque: “Ah...”. É como se quisesse fugir daquele problema. Não quer se envolver, sabe? Então tem muitas situações, viu? (Profissional Tâmara, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 2).

Um aspecto que pode ser notado em comum no discurso desses dois profissionais é a crença de que muitos familiares utilizam o CAPS como um espaço onde o tratamento ocorre independente deles, onde eles podem deixar seu familiar adoecido para ser “cuidado” por outras pessoas. Uma terceira profissional entra nessa discussão apresentando o posicionamento de que é preciso entender as razões deste fenômeno. O entendimento das causas para a ocorrência permite o desenvolvimento de estratégias para contornar essa situação.

Pensando assim em relação à família, aqui a gente tem um estigma muito grande, esse lugar social da pessoa com sofrimento psíquico grave. Tanto esse lugar dentro da família, quanto esse lugar da família na comunidade, na sociedade como um todo, isso traz um processo de negação também. Então às vezes até esse movimento que a família faz: “toma que o filho é seu, cuida aí CAPS, que eu não dou conta mais”, vem muito desse processo de sofrimento, da própria trajetória da família, da história mesmo. Então, de alguma forma, eu acho que abordar essa temática de um jeito que fique mais... que a gente alcance essa realidade dessas famílias (Profissional Elisa, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 2).

Além da dificuldade em envolver os familiares no tratamento, também existe a dificuldade de manter a continuidade dessa participação. Levando em conta que os frequentadores apresentam patologias crônicas, todos os problemas de dificuldade para adesão aos tratamentos em doenças crônicas também são pertinentes para

essa população. Um dos diálogos no Grupo Focal entre os profissionais reflete essa problemática:

Profissional Pedro: Porque não são todos, né,

Tâmara? Está longe de serem todos os familiares que participam do Grupo de família, né? "A maioria não vem, né?"

Profissional Tâmara: E os que vêm não permanecem. Vêm hoje, ficam dois encontros sem vir. Fica, às vezes, um mês sem vir. Aí às vezes a gente até esqueceu desse membro da família e de repente ele aparece (Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 1).

Porém, de que modo o CAPS pode lidar com essa situação, construindo vínculos efetivos e duradouros com os familiares dos frequentadores? Apresentando seu posicionamento sobre a questão, uma das profissionais relata que o modo de combater essas dificuldades é promover a difusão de conhecimento, seja das questões que envolvem a patologia e o modo como se dá o tratamento, passando ainda pelo modo como eles podem ajudar. Assim, a efetivação do envolvimento se dá pela capacidade de retirar os familiares do lugar de observadores do tratamento e ajuda-los a tomar a posição de atores determinantes na condução dessa terapêutica:

Mais informação sobre as patologias, sobre os sintomas, eu acho que para os familiares seria importante. Das questões sociais, do que eles podem buscar para melhorar, ajudar esses pacientes. Eu vejo assim, que eles têm muito desconhecimento de que tem um tratamento, como que é feito esse tratamento, quais são as expectativas de melhora que eles podem ter, como que eles podem atuar, se tem uma crise, se não tem, quando está ruim. Então assim, às vezes o desconhecimento mesmo da família, eles ficam muito perdidos, né? Em como que eles podem ajudar esse paciente e às vezes até evitar uma situação tão grave. Porque aqui a gente tem uma população de pacientes graves enorme, enorme. E às vezes eles somem, aí de repente aparecem graves de novo, melhoram um pouco, somem. Então essa importância do tratamento continuado, não é? (Profissional Mônica, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 2).

Assim, conforme apresentado na revisão bibliográfica, envolver a família na construção do PTS traz diversos benefícios, entre eles, promove a sensibilização em relação ao sofrimento vivenciado, bem como o esclarecimento para essas pessoas que partilham do cotidiano do frequentador. A importância disso está em possibilitar o fortalecimento do vínculo família-frequentador. Nesse sentido, a visita domiciliar pode, por exemplo, facilitar a participação da família na elaboração do PTS, uma vez que permite conhecer a dinâmica familiar, abrir espaço para escuta de dúvidas e incertezas e promover a aproximação da família ao serviço (CARVALHO, MOREIRA, RÉZIO, TEIXEIRA, 2012).

Outro ponto importante no desenvolvimento de estratégias efetivas para a inclusão das famílias é entender o que está sendo feito atualmente que não está apresentando os resultados esperados. Assim, um dos profissionais afirma que apenas a inclusão desses familiares no Grupo de Família não tem gerado o impacto pretendido em termos de participação da família no tratamento:

Acho que o caminho que a gente já sabe que não vai funcionar é depositar apenas no Grupo de Família toda essa questão. A gente achar que no PTS todas essas questões familiares vão ser resolvidas no Grupo de Família, porque não (Profissional Pedro, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 4).

b) Sobre Territorialização

Mas isso fica muito pra mim, qual o lugar dessa família na comunidade, na sociedade? Qual o lugar do CAPS para essa família e como que a gente pode se articular, para fortalecer mesmo a autonomia mesmo, do usuário e da família (Profissional Elisa, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 2).

Nesse trecho retirado do Grupo Focal de profissionais do CAPS ficam evidentes alguns elementos centrais na construção do PTS, que são o envolvimento da família como algo determinante e fundamental e a necessidade de promover a inclusão social e o fortalecimento da autonomia do frequentador da instituição. Essa mesma profissional prossegue apresentando a dificuldade desse serviço de saúde em promover essa inclusão social:

Como que a gente consegue, em meio a tudo isso, alcançar essa realidade, que às vezes não está aqui na... às vezes está aqui na [território do CAPS], mas não está aqui com a gente, entende? Ou às vezes está muito distante fisicamente. (...) a dificuldade que a gente tem até de sair, de estar lá junto, até de uma visita domiciliar, ou até de um trabalho de articulação de rede na comunidade. (Profissional Elisa, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 2).

Nesse sentido, Kinker (2016) afirma que o PTS bem desenvolvido lida com os aspectos da vida prática do frequentador. Desse modo ele precisa envolver a realidade concreta dos frequentadores no seu desenvolvimento. Tal realidade deve ser pensada dentro das condições locais dos seus territórios de vivência, sempre com o objetivo específico de modificar as relações de poder que cerceiem e invalidem o sujeito em situação de sofrimento psíquico.

Uma solução possível, apresentada por outra profissional e que está em processo de desenvolvimento nesse CAPS II, é a implantação de um matriciamento efetivo, aproximando o CAPS das UBSs da região. A vantagem de tal articulação é promover um atendimento visando à integralidade do frequentador, uma vez que pode abordar diversos aspectos do processo saúde-adoecer, bem como apresenta o benefício de aprofundar a proximidade com a pessoa atendida, tendo destaque para a figura do Agente Comunitário de Saúde. Exatamente por essa proximidade com a realidade vivida pelo frequentador, o matriciamento permite uma visão ampliada do sujeito, gerando uma melhor compreensão das necessidades singulares e possibilitando o desenvolvimento de intervenções mais efetivas (BRASIL, 2011).

É, a questão até que a gente está tentando implantar do matriciamento para poder ficar mais próximo da Unidade Básica de Saúde que eles têm mais acesso, ali naquela região. Então talvez a equipe de agentes de saúde, da comunidade, eles conseguem pegar, captar cenas mais próximo do que a gente que está aqui. E talvez intervir de uma forma melhor. A gente está tentando caminhar mais nesse sentido, mas está um pouco lento. Eu acho que seria um caminho interessante (Profissional Mônica, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 3).

Porém, esse estabelecimento de objetivos no PTS visando maior inclusão social passa pelo desejo naquele momento do frequentador em fazer isso, uma vez que a definição do PTS é compartilhada, bem como do conhecimento do profissional do CAPS sobre atividades fora da instituição que podem ser incluídas nesse PTS. Abordando o primeiro aspecto apresentado, que diz respeito ao frequentador, uma das profissionais discute as dificuldades que essas pessoas enfrentam na definição de um PTS voltado para o âmbito externo do CAPS.

E às vezes a gente percebe uma dificuldade neles em reconhecer seu próprio território, né? Para estar buscando lá fora. Que eles têm dificuldade. Quando a gente pergunta, né, que vai perguntar a eles, discutir com eles. Eles falam, não conhecem o território, né? Então também entra nessa questão do território, da dificuldade deles... e até a gente também, né? (Profissional Mariana, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 4).

Seguindo nessa perspectiva, essa mesma profissional afirma que os próprios frequentadores impõem barreiras para a construção de um PTS que aborde elementos fora do CAPS:

Eles acham que é só aqui dentro mesmo. A gente fala: “Ah, vamos construir lá fora”. Eles: “Ah, eu estou vindo aqui, estou dentro do meu PTS”. Então às vezes eles têm essa dificuldade de estar enxergando lá fora, né? (Profissional Mariana, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 4).

Na outra perspectiva, uma das profissionais apresenta as dificuldades que os profissionais do próprio CAPS têm no estabelecimento de objetivos do PTS que englobem atividades para além do CAPS, inclusive apresentando um exemplo significativo sobre o caso em questão:

A gente tem muita dificuldade com o território, porque a gente não sabe efetivamente das atividades. Aí é muito difícil a gente também ajudar eles a construírem isso. Eu tenho muita dificuldade. Teve um usuário, por exemplo, que ele queria participar de uma atividade no Clube do Choro. Aí a gente... foi uma labuta para tentar acessar o Clube do Choro, a Escola de Música, que era uma coisa que ele trouxe. Que a gente viu juntos que ia ser legal. Aí não

consegue, sabe? Muitas vezes assim, a gente precisa ir lá no lugar, conhecer as pessoas. Aí a gente... é aquilo da demanda muito grande e a gente não tem esse tempo, assim, de sair da unidade, de fazer essas parcerias com esses outros serviços. E acaba que fica super pobre o PTS, porque fica só o CAPS mesmo, né? (Profissional Natália, entrevista Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 5).

Assim, a discussão prossegue ampliando a perspectiva ao se perceber que mesmo as instituições que poderiam ser parceiras externas do CAPS não conhecem a atividade e os meios de acesso desse serviço de saúde mental, o que torna mais difícil o estabelecimento de parcerias. Desse modo, a profissional afirma que:

...o próprio território também não conhece. Às vezes não tem conhecimento do que é o CAPS, não sabe nem como funciona (Profissional Mariana, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 5).

Nesse sentido, uma das possibilidades discutidas no Grupo Focal que poderiam gerar essa aproximação seria convidar possíveis parceiros no território para que conhecessem o CAPS, seu modo de trabalho e a importância de se estabelecer o vínculo entre as instituições. Usando de um exemplo prático, uma das profissionais fala o que poderia ser feito para mudar essa realidade:

Chamar eles no CAPS também. Porque muitas vezes, tipo festa junina que vai ter agora, que ninguém sabe que a gente existe. A gente pensa em chamar o CAPSi e o CAPSad. Mas a gente não pensa em chamar uma escola, Escola de Música por exemplo (Profissional Natália, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 5).

c) Sobre o PTS em Grupo

Uma questão levantada durante as entrevistas individuais foi a realização do PTS em grupo, no qual se reúnem em geral 3 profissionais e de 7 a 8 frequentadores, participantes de uma mesma miniequipe, e por consequência de um mesmo território, e realizavam essa discussão envolvendo todos. O projeto não teve

continuidade, segundo nos afirma, durante o Grupo Focal, um dos profissionais responsáveis:

Tem uma ideia que é muito bacana, mas a gente não conseguiu levar em frente, que é fazer o PTS em grupo. [...] Isso facilita muito, em todos os aspectos. Desde a troca ali entre os pacientes. Até mesmo a questão de agenda, né? É muito mais fácil a gente fazer esse PTS em grupo do que individualmente. Aí acho que começou... pelo menos na nossa equipe teve um, dois encontros. Talvez a adesão não foi tão, tão como esperada. Até por eles não entenderem direito. Porque quando a gente faz o grupo de medicação da psiquiatria está entupido, de 50 vem 48. Já no grupo de PTS, talvez pela falta de entendimento mesmo, de 30 vem 8 (Profissional Pedro, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 6).

Porém, a questão da adesão dos frequentadores a construção em conjunto do PTS vai além do ponto levantado: a falta de entendimento sobre o processo. Uma outra profissional avalia que a forma como os frequentadores querem ter seu tratamento é algo decisivo no fato de dar certo ou não esse projeto. Refletindo sobre a preferência dos frequentadores em terem um atendimento individual, onde podem colocar suas questões de forma mais espontânea é um aspecto relevante no problema levantado:

Porque eles sentem também, em relação assim: "Ah, eu vou falar da minha história na frente de todo mundo", sabe? Então assim, eles querem realmente esse atendimento dentro de um consultório, individual. Eles não gostaram, a maioria, desse jeito de ser o grupo, né? De funcionar o grupo. Porque eles sentem que não estão tendo o atendimento que eles realmente precisam. Onde eles podem trazer o sofrimento que eles estão tendo (Profissional Tâmara, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 6).

d) A questão da alta: diferenças entre profissionais e frequentadores

Uma das grandes dificuldades do CAPS II é a quantidade de frequentadores atendidos em relação à capacidade de recursos físicos e de capital humano de que dispõe a instituição. Esse problema passa pela contínua chegada de novos

frequentadores, que é algo esperado e que o serviço de saúde precisa estar preparado para arcar. Mas também, o problema do excesso de pessoas atendidas passa pela dificuldade em dar alta para os frequentadores que já não possuem os critérios de permanência no CAPS, devendo a partir desse momento serem atendidos em ambulatório de psiquiatria ou mesmo na UBS do seu território de residência. Assim, uma das profissionais do CAPS afirma que:

E a gente não corre o risco de virar um grande... assim, uma pergunta... de virar um grande ambulatório? Aí eu lembro do que a gente estava falando do paciente há pouco, antes de começar. Um paciente específico, ele não participa das atividades, ele não participa do CAPS. Ele vem em alguns atendimentos que a gente marca para rever o Plano Terapêutico, que a gente sempre está revendo, tentando colocar ele em atividades aqui no CAPS também. Só que fora do CAPS ele conseguiu trabalhar, está tendo uma vida. Não como a gente... E ele está vindo no CAPS e a gente está querendo encaminhar ele para o ambulatório. Aí eu pergunto, né, até que ponto a gente não virou um grande ambulatório e até que ponto a gente não está 'enCAPSulando' as pessoas aqui no CAPS? (Profissional Natália, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 6).

Na continuidade da discussão desse caso, que reflete uma realidade persistente na instituição, outra profissional fala da dificuldade que a rede de saúde tem em englobar esse frequentador em outros espaços de saúde, para além do CAPS.

É, então, na realidade ele não precisa mais, teoricamente, dessa estrutura de CAPS, mas a gente não consegue colocar ele na rede porque não tem um médico lá para absorver o que ele precisa, que é a medicação. E o resto ele já está fazendo fora. Então acho que, mais uma vez, aquele negócio da gente fazer circular esses pacientes que são de ambulatório, ir para o HRAN, que não consegue. Porque a lista é imensa. Ou voltar para a própria Unidade Básica de Saúde (Profissional Mônica, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 6).

Refletindo sobre possibilidades para resolver essa questão, uma das profissionais afirma que o ponto central é a revisão efetiva do PTS, de modo a perceber quando o frequentador já é capaz de estabelecer e cumprir objetivos que se fazem presentes na vida fora dos muros do CAPS. Essa profissional mais uma vez relata sua preocupação de que o serviço esteja mantendo os frequentadores mais tempo do que seria necessário e proveitoso para seu tratamento, ou, nas palavras dela, “enCAPSsulando” os frequentadores.

Um outro problema também da gente não rever o PTS é que a gente não dá alta pra ninguém. Eu vejo que a gente tem muita dificuldade de dar alta aqui no CAPS. Então eu vejo que tem um monte de gente... Os ‘bonzinhos’ estão ‘enCAPSsulados’ no CAPS. Eles moram no CAPS. Eles têm um plano terapêutico intensivo, às vezes no CAPS, e não dão trabalho, não reclamam, não fazem barulho. Estão ficando aqui, morando no CAPS, e não tão nunca saindo do CAPS, né? (Profissional Natália, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 8).

Abordando outro aspecto da questão, uma das profissionais do CAPS apresenta o caso de um frequentador que já poderia estar fazendo o tratamento em outro serviço ambulatorial, possivelmente até na UBS, mas que permanece no CAPS por sua vinculação com o serviço ser muito forte.

Mas é porque a gente tem uma preocupação, desses pacientes que tão aqui desse jeito, eles não tem mais nada além do que o CAPS, entendeu? É o que a gente enxerga: só têm isso aqui. Se a gente tirar o... Mas tem um paciente... Ah tá! Então o Thales mesmo, que ele vem ao CAPS. A gente não tem como... A gente não consegue pensar no que, sabe? Em como desligar ele do CAPS. É como se fosse um extensão da vida dele, da casa dele entendeu? Ele vir aqui só pra tomar um café ou pra fazer uma caminhada com a gente. Ele sai lá da casa dele e às vezes a gente fala: “Não vai ter caminhada. Não, mas eu vou vir pra tomar um café”. E não é porque não tem café em casa não, tá? Ele tem café em casa. Ele vem pra tomar, sentar ali na recepção, conversar um pouquinho (Profissional Tâmara, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, 8).

Essa dificuldade passa pela questão amplamente discutida nas entrevistas individuais e mesmo em outros momentos desse Grupo Focal, que é a falta de estabelecimento de objetivos externos ao CAPS na construção do PTS. Tais metas, visando a inclusão social, permitiria que o frequentador fizesse uma ocupação efetiva do território de sua região, bem como aprofundaria os vínculos que ele estabelece com sua rede social, que passa pela família e pela comunidade na qual está inserido.

Outra profissional, refletindo sobre as dificuldades enfrentadas pelos frequentadores na apropriação desses espaços para além do CAPS, afirma que é compreensível esse movimento dos frequentadores em direção à permanência na instituição, dadas as dificuldades que se apresentam para os frequentadores na realidade externa ao CAPS.

E o usuário traz que o PTS dele é aqui, que ele venha pra cá, que ele tenha aqui. Então a gente está num descompasso. Se a gente, né, assim, a realidade do outro. O mundo é muito difícil. A vida é muito dura, pra maioria da humanidade é isso. É difícil. E quando você tem um sofrimento psíquico grave, a coisa é mais difícil ainda: vem o estigma, vem as crises, vem as rupturas ao longo da vida e etc, etc. Qual é o lugar do CAPS na vida desse sujeito? Às vezes a gente quer dar alta, a gente quer colocar ele pra atividade externa e ele quer estar aqui. Enfim a gente fica nessa porque a gente tem um entendimento que não pode “enCAPSular”, ou que não deve, né? Não pode não. Poder a gente pode, mas que não deve. Que o nosso objetivo enquanto trabalhador da saúde mental é outro e que a gente tem um entendimento de que fora daqui que é o bom, que é o certo. Mas e como fazer isso, né? Será que o mundo está preparado pra receber? e será que essas pessoas estão preparadas pra alcançar isso aí? Enfim, é um conflito. É um conflito. A gente vê claramente que os usuários têm uma resposta muito diferente dos trabalhadores (Profissional Elisa, Grupo Focal de Profissionais do CAPS, p. 8).

4.2.5. Grupo focal com frequentadores

O Grupo Focal com os frequentadores do CAPS II contou com 7 participantes, 5 mulheres e 2 homens. Três desses participantes afirmaram saber o que é o PTS e seis tiveram seus PTS produzidos até o momento. Uma das participantes ainda não tinha um PTS estabelecido em conjunto com um profissional do CAPS. Dois entre eles possuem e conhecem algum objetivo estabelecido para o tratamento. Este objetivo foi conversado e acordado com algum dos profissionais. Apenas 2 dos frequentadores já tinham realizado uma revisão do PTS em um momento formal em conjunto com algum profissional, até o momento da entrevista. Ao serem perguntados quantos acreditam que o tratamento no CAPS estava trazendo benefício até o momento da entrevista, 4 entre eles se posicionaram referindo que o tratamento realmente estava sendo benéfico.

a) Como ocorre a participação do frequentador no CAPS II

No grupo focal realizado ficou evidente que os frequentadores abordados acreditam na forma como o tratamento é estabelecido no CAPS II. Ter o sofrimento psíquico acolhido é ressaltado por diversos frequentadores, bem como vários deles afirmam que este serviço é um “suporte”, um local onde contam com apoio profissional voltados para o cuidado efetivo e para resgate pleno de sua autonomia. Nesse sentido, uma das frequentadoras afirma:

...eu tenho me beneficiado, desde que eu vim, que eu saí de uma internação de 8 meses. Aí fui acolhida aqui, meu suporte tem sido aqui (Frequentadora Sarah, Grupo Focal frequentadores, p. 3).

Na mesma perspectiva, outro frequentador também levanta a questão do CAPS fornecer um importante suporte:

...estou aqui porque aqui eu vou ter o suporte, né? [...] Mas assim, o suporte que eu estou recebendo aqui está correspondendo com minhas expectativas, entendeu? (Frequentador Miguel, Grupo Focal frequentadores, p. 3).

Na tentativa de esclarecer como se dá esse “suporte”, de que modo o tratamento no CAPS ajuda, uma das frequentadoras do CAPS afirma uma questão fundamental que é a possibilidade de nesse serviço se estabelecer um lugar de fala efetivo para essas pessoas que por vezes são marginalizadas, pouco ouvidas. Nesse sentido, os objetivos do tratamento são a promoção da autonomia e da independência dos frequentadores, de modo a propiciar

uma inclusão social efetiva. Assim, a busca é pela legitimação dessa pessoa em sofrimento psíquico, se distanciando da visão arcaica de loucura como incapacidade mental e periculosidade, o que gerava grande marginalização dessas pessoas (FOUCAULT, 1993). A terapêutica se constrói tanto no empoderamento gerado pela possibilidade de falar e ser ouvido, quanto pelas ressignificações que o usuário faz de sua história, ao reconta-la, e por vezes discuti-la, com seus pares e com os profissionais da instituição.

Nesse sentido, uma das frequentadoras afirma:

...tem me ajudado, tem me ajudado. Até vim pra cá, quando eu venho eu posso falar, põe pra fora aqui, já me alivia mais. Não fico com aquele nervosismo, a dor no coração, no peito. Aí passa. ajuda muito. Ajuda, ajuda, muito mesmo (Frequentadora Sarah, Grupo Focal frequentadores, p. 5).

Seguindo a mesma ideia, outro frequentador nos mostra também que o CAPS se constitui como um lugar efetivo de expressão, bem como nos afirma a importância do CAPS em suas relações sociais:

...aqui eu moro só, entendeu? Moro sozinho aqui. A minha família basicamente é aqui, entendeu? Onde você conversa com todo mundo. Você expõe teus sentimentos (Frequentador Miguel, Grupo Focal frequentadores, p. 7).

Porém, refletindo sobre o lugar que essa instituição assume em sua vida, este frequentador expressa a dificuldade de estabelecer vínculos fora do CAPS:

...eu acho que talvez atrapalhe, porque meu plano é integral. Eu fico muito aqui. Eu não tenho outra rotina além do CAPS (Frequentadora Joana, Grupo Focal frequentadores, p. 5).

Essa questão é amplamente citada pelos profissionais como uma dificuldade na instituição. Uma vez que o PTS não é trabalhado para fora dos muros do CAPS, existe uma grande dificuldade de ajudar o frequentador na sua reinserção plena na sociedade, seja no mercado de trabalho, no ensino, na família ou mesma em atividades na sua própria comunidade. Assim, é possível que o frequentador acabe aprofundando de tal modo os laços com a instituição a ponto de ficar dependente ao extremo do serviço e bastante deslocado da realidade social de sua comunidade, o que vai de encontro às metas

terapêuticas visadas pela instituição, conforme a passagem acima nos explicita. Nesse sentido, Leal e Delgado (2007) explicitam que o PTS tem por objetivo a promoção de ações que envolvam o território do frequentador. Tais ações são importantes uma vez que propiciam a progressiva desvinculação dessas pessoas em relação ao serviço de saúde mental e, em paralelo, promovem a inclusão deste frequentador na realidade cotidiana do território a que pertencem.

Além disso, uma das frequentadoras nos relata a importância do bom funcionamento do acolhimento feito na instituição. O CAPS, durante seu período de funcionamento (das 7:00h às 18:00h, de segunda a sexta-feira), sempre disponibiliza profissionais que ficam especificamente encarregados de fazer acolhimentos, tanto para novos frequentadores, quanto para àqueles já vinculados, que necessitam de um atendimento imediato. Assim, uma das frequentadoras nos afirma:

Aqui saber que a gente tem profissionais que a gente corre aqui quando a gente tá muito mal. Eu já vi pessoas que estavam mal serem acolhidas e me vi na mesma situação sendo acolhida. É muito importante. Eu tava sem ar, quase sem poder respirar direito no dia que eu passei mal e eles me deram muito apoio aqui (Frequentadora Sarah, Grupo Focal frequentadores, p. 11).

Porém, apesar de acreditarem na terapêutica desenvolvida pelo CAPS II, existem diversos aspectos que podem ser melhorados na instituição. Por exemplo, este serviço divide espaço com a UBS da região, possuindo algumas poucas salas no prédio. Ao serem perguntados, durante o grupo focal, sobre o que poderia ser melhorado no CAPS, um dos frequentadores nos relata os problemas práticos gerados pela precária estrutura física da instituição:

A equipe é muito boa. Tenho conseguido melhorar em mim mentalmente. Agora feito ela falou, a gente precisa de uma estrutura melhor, para passar o dia mesmo. Passa o dia atoa, né? Se chover muito a gente fica... Tem um sanitário só pro Posto, pro CAPS. É muito ruim. Precisava de uma estrutura melhor (Frequentador Tiago, Grupo Focal frequentadores, p. 10)

b) Os impactos do tratamento no projeto de vida do frequentador

O desenvolvimento de maior autonomia e a reinserção do frequentador na sua comunidade são aspectos fundamentais do tratamento no CAPS. Para atingir tais objetivos é importante que no estabelecimento do PTS sejam incluídas atividades fora dos muros do CAPS, que se promova a ocupação dos espaços da cidade pelos frequentadores e que se busque a ampliação da rede de apoio deste frequentador do serviço. Refletindo sobre essas questões, um dos frequentadores afirma:

Eu falaria da questão do encaminhamento para uma qualificação, profissionalização, entende? No meu caso mesmo. Se alguém falasse: “a gente vai encaminhar você para um curso lá no SENAC, vamos facilitar as coisas, tirar toda a burocracia, entendeu? Vamos conseguir um curso para você lá no SENAC”. Eu ia me sentir super satisfeito. Falar: “eu estou aqui, tô me qualificando para o mercado de trabalho mesmo que não seja aqui, mas quando eu voltar para lá eu vou ter uma qualificação. Uma enfermagem, um cabeleireiro, um padeiro, entendeu? Então eu acredito que se a direção do CAPS realmente levasse a sério a questão da qualificação até ia reduzir a carga de trabalho para eles, entendeu? Porque o paciente iria ficar mais envolvido com o trabalho, com a questão da autoconfiança (Frequentador Miguel, Grupo Focal frequentadores, p. 9).

No mesmo sentido, outra frequentadora do serviço relata o impacto que o tratamento na instituição teve no seu desenvolvimento e estabelecimento de um projeto de vida que englobe tanto o retorno aos estudos, a capacitando para voltar ao mercado de trabalho, quanto a resolução de problemas familiares que perduram por anos, fortalecendo sua rede de apoio. Desse modo, afirma:

É estudante de direito que vem, né? Eu quero vir até porque eu tô matriculada. Eu vou fazer o curso de direito também na[instituição de ensino superior] e aí eu tô me sentindo forte pra fazer sabe? Incrível porque há um ano atrás eu só pensava em morrer. Eu pensava não tem mais saída e agora não. Eu já tô matriculada, eu tô resolvendo um série de coisas. E com o apoio daqui, eu tô conseguido tá exercendo as coisas lá fora e a situação com o meu filho vai resolver também. (Frequentadora Sarah, Grupo Focal frequentadores, p. 11).

A frase inicial dessa frequentadora, indagando sobre a atividade desenvolvida por “estudante de direito” no CAPS II, diz respeito às intervenções feitas por universitários, no

contexto do PRISME. É possível perceber no discurso da frequentadora que o relacionamento que ela estabelece com universitários também é um dos incentivadores na retomada nos estudos, mostrando a importância de atores externos serem envolvidos no tratamento.

Por fim, em termos de projeto de vida, essa mesma frequentadora nos afirma que:

Eu penso em melhorar até um dia ficar bem estável mesmo, não cair mais na situação que eu já cai (Frequentadora Sarah, Grupo Focal frequentadores, p. 12).

Nesse trecho fica evidente que ela possui um objetivo de vida bastante claro, que deve ser abordado pelos profissionais, no sentido de acordarem, em conjunto, as possibilidades e os meios para se atingir tal meta.

c) Impactos do tratamento no relacionamento frequentador/família

O modo como o relacionamento do frequentador com sua família será afetado pelo tratamento no CAPS é algo de extrema importância, citado tanto nas entrevistas com os profissionais, quanto no grupo focal com os frequentadores do serviço. Na mesma perspectiva, Pietroluongo e Resende (2007) afirmam que o vínculo com a família corresponsabiliza tanto o serviço, quanto a própria família, bem como o frequentador. Disso resulta uma construção mais humana e singular desse PTS, aprimorando a forma de cuidado e a efetividade das ações.

Na perspectiva dos frequentadores participantes do grupo focal, o fato de serem atendidos no CAPS gera maior aceitação e entendimento de sua situação por parte da família. O discurso de que a família não reconhecia o adoecimento mental e por vezes desprezava essa questão é algo corriqueiro na fala dos frequentadores. Nesse sentido, uma das frequentadoras afirma:

Porque na verdade, meus pais, minha mãe meu irmão sempre acharam que era fraqueza. Sempre estavam falando: “ah, essa fraqueza, vê se reage, vamos pra festa, isso e aquilo”. E a gente sempre assim, né? mal, mal, mal. Mas aí uma vez que eu fiquei muito ruim, adoeci muito, foi muito visível e acabei sendo internada porque fui parar em hospital, tentativa de autoextermínio. Aí eu fui levada, não voltei mais pra

casa, porque estava, né? Não tinha condição de ficar em casa. E a partir daí eles levam muito a sério (Frequentadora Sarah, Grupo Focal frequentadores, p. 4).

Por outro lado, conforme expõe outra frequentadora, o reconhecimento de que existe um adoecimento mental não significa que essa família terá instrumentos para lidar com a situação. Assim, *capacitar* essa família precisa ser um dos elementos centrais do serviço de saúde mental.

Eu acho que vir pro CAPS validou o meu estado perante a minha família, entendeu? Eu acho que os meus amigos nunca duvidaram de mim, mas a minha família, eu sinto que sempre tratou como uma causa menor. Então, vir para o CAPS validou e eu passei a ter um apoio travestido de carta branca pra fazer o que eu quiser com eles, na verdade (Frequentadora Cristina, Grupo Focal frequentadores, p. 4).

4.3. Reinterpretação⁶

Nesse trabalho buscamos compreender como o PTS é entendido pelos profissionais e frequentadores do serviço, como ele é, de fato, desenvolvido e acompanhado, para então vislumbrar possibilidades para fortalecer sua construção. Tal qual exposto por Tenório (2001) essa construção deve ser conjunta, envolvendo profissional, frequentador e sua família, buscando o desenvolvimento de ações que visem autonomia e inclusão social do frequentador.

O primeiro ponto que nos chama a atenção é que apesar de haver por parte dos profissionais uma compreensão alinhada à descrição do Ministério da Saúde (2007a) acerca do que é o PTS, as informações qualitativas obtidas apontaram que a construção do PTS, no CAPS pesquisado, não contempla as 4 fases⁷ descritas pelo Ministério da Saúde: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Os frequentadores, por sua vez, não têm uma compreensão ampliada do que é o PTS, desconhecendo sua

⁶ De acordo com Demo (2006), desenvolver o *questionamento próprio* é se colocar como sujeito de suas construções: “trata-se de interpretar o fenômeno estudado em tom desconstrutivo, para ir além do que se diz e das aparências do que se diz; se antes estava em jogo o ponto de vista do outro, salientamos o ponto de vista próprio” (p. 56), dessa forma esse tópico será escrito na 1ª pessoa do plural.

⁷ Tal como descrito na Cartilha da PNH Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, 2007.

potencialidade e a importância de sua participação e protagonismo no processo de tratamento.

Outro aspecto importante é a participação da família no desenvolvimento do PTS. De acordo com Pietroluongo e Resende (2007), a família pode contribuir para uma construção mais humana e singular do PTS. Ressaltamos, porém, que a família além de ouvida e acolhida, também precisa ser informada, orientada sobre o sofrimento do frequentador, e assim sensibilizada, ser capaz de ofertar uma presença acolhedora e uma participação voltada às necessidades do frequentador, compartilhando o cuidado com a equipe.

Verificamos que o PTS alcança, tal qual proposto pelo Ministério da Saúde (2007a), a articulação com outros serviços da rede sejam eles Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Unidade Básica de Saúde - UBS, ou o Ministério Público entre outros. Esse alcance do PTS favorece o cuidado ampliado, fortalece o CAPS e sua vocação primeira de auxiliar o retorno do frequentador ao território (LEAL, DELGADO, 2007).

É preciso salientar que as dificuldades reconhecidas pela equipe para a implementação do PTS estão intimamente articuladas aos desafios estruturais que este CAPS enfrenta em seu cotidiano: uma grande demanda de frequentadores; uma equipe engajada, porém reduzida se considerarmos a demanda existente; um espaço físico improvisado para a prestação do cuidado. Nesse sentido, sem deixar de considerar a importância de resolução destas questões acima para que o serviço tenha condições de executar sem trabalho, a presença dos extensionistas pode aliviar um pouco a sobrecarga de trabalho dos profissionais, como também facilitar a escuta do frequentador e sua família, contribuindo assim para a construção e manutenção do PTS. Assim, seria possível consolidar ainda mais a parceria serviço de saúde e instituição de ensino, considerando que esta também faz parte do território do CAPS.

Considerações Finais

Através das entrevistas e grupos focais com os profissionais e frequentadores, pode-se notar algumas diferenças na percepção destes grupos acerca do PTS.

Os profissionais revelam um entendimento complexo sobre o PTS, em uma percepção alinhada com a literatura: o PTS é considerado estratégia fundamental para organizar a terapêutica e seus objetivos, deve ser construído de forma coletiva, incluindo os frequentadores e sua rede, deve alcançar o território existencial não se restringindo a atividades apenas no CAPS e deve ser revisado de forma regular, dinâmica e contínua. Esta percepção acerca do PTS é congruente com vários estudos no campo da saúde mental (LOBOSQUE, 2001; TENÓRIO, 2001; RESENDE, 2015).

Os profissionais reconhecem e problematizam, no entanto, as mais diversas dificuldades que tem enfrentado para a construção do PTS neste CAPS:

- a) os objetivos do tratamento não estão inteiramente desenvolvidos na formulação do PTS, inclusive, por não haver entre a equipe uma visão homogênea acerca de quais seriam estes objetivos;
- b) o PTS não está ainda expandido, havendo dificuldade em incluir o território que ainda não está mapeado pelos profissionais e é de difícil acesso aos frequentadores, em função inclusive de uma longa história de estigma e exclusão social vivenciada por eles;
- c) apesar dos frequentadores participarem da construção inicial do PTS, encontram-se dificuldades para a inclusão dos familiares neste processo;
- d) não está sistematizado um acompanhamento, regular e contínuo, do PTS, com consequências inclusive para a alta/desligamento dos frequentadores do serviço.

Os frequentadores, de forma geral, reconhecem o PTS apenas como o cardápio de atividades que participam no CAPS, quando de sua inserção no serviço. O PTS não aparece como estando articulado aos objetivos do tratamento, não incluem o território e não é, de forma sistemática, revisado. Sentem, no entanto, que são ouvidos no CAPS, seja em relação ao seu sofrimento quanto aos seus desejos e preferências para participar das atividades e apreciam e elogiam o tratamento que recebem no serviço. Se, por um lado, esta percepção dos frequentadores revela a qualidade do tratamento ofertado, por outro, problematiza o desafio do CAPS em alcançar seu principal objetivo que é a inclusão social. O CAPS deve ser entendido como um espaço de referência (se precisar, serei acolhido),

mas fundamentalmente de transição, de passagem (LOBOSQUE, 2003), pois o objetivo é ajudar os frequentadores a construir projetos de vida em seu território (TENÓRIO, 2001). O CAPS, para os frequentadores, se apresenta claramente como um espaço de referência, mas não ainda articulado com o território. Desta falta de articulação com o território se desdobram várias dificuldades, como as acima apontadas, e dificulta o processo de alta, de desligamento do serviço.

Já os extensionistas (que frequentaram 06 diferentes serviços), de forma geral, tem pouco contato com o PTS, seja na sua execução e acompanhamento, seja em seus estudos e reflexões. Revela um aspecto a ser aprimorado no PRISME: a necessidade de um maior aprofundamento sobre o PTS na capacitação e nas posteriores supervisões, de forma a melhor preparar os extensionistas para as atividades nos CAPS para contribuir com a realização dos PTS.

A partir da análise das informações qualitativas produzidas ao longo de pesquisa em articulação com a literatura estudada, seguem algumas sugestões para ajudar a aprimorar o desenvolvimento do PTS no CAPS II:

- a) Reservar um tempo em todos os grupos para conversar, ainda que de forma breve, sobre o PTS: o que é, para que serve, como está articulado com os objetivos do tratamento de cada frequentador, ouvir o frequentador sobre como avalia as atividades que está frequentando, como percebe os objetivos de seu PTS, como estes estão (ou não) sendo alcançados, os desafios que se impõem...

O objetivo desta proposta é fazer com que o PTS seja reconhecido pelo serviço, pelos profissionais e frequentadores, com o ordenador do cuidado ofertado, estando presente, portanto, no cotidiano do serviço e não apenas em alguns momentos específicos quando, por exemplo, de sua elaboração inicial. Além disso, também tornar cotidiana uma reflexão, por parte de todos os envolvidos, sobre os objetivos do tratamento.

- b) Criação de um grupo para a produção do Cartão de Crise: para a elaboração do cartão de crise são necessárias reflexões e discussões sobre, por exemplo, quais sinais o frequentador identifica como os de uma crise iminente, quais

sentimentos experimenta no momento de crise (medo, insegurança, desamparo, agressividade...), como gostaria de ser acolhido (quer a proximidade de outra pessoa, deseja ficar só...), com quem gostaria de entrar em contato em caso de uma crise (familiares, profissionais de referência, amigos...), onde gostaria de ficar quando em crise (em casa, em casa de amigo, familiar, serviço aberto...), o que deseja que lhe ofereçam como cuidado e apoio no momento de crise (conversa, escuta, contato físico, medicação, auxílio médico, hospitalização, contatar amigos...), entre outros.

O Cartão de Crise é definido por Freitas (2008) como “documento pessoal, com o formato de um cartão de banco desdobrável, que contém informação sobre a forma como o seu portador gostaria de ser acolhido e quem deve ser contatado numa situação de crise” (Freitas, 2008, p. 2). A produção do Cartão de Crise proporciona a discussão de temas como: a experiência dos frequentadores em uma situação de crise e como criar estratégias para lidar com ela; quais sentimentos estão atrelados a esta experiência; quais indicam a proximidade de uma crise. Além disso, o compartilhamento de ideias entre os frequentadores também proporcionam “iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana” (VASCONCELOS, 2013, p. 29).

O Cartão de Crise pode, neste sentido, contribuir não somente para a otimização do atendimento à crise, mas também como um meio de restituir a voz ao sujeito sobre como gostaria de ser tratado diante uma crise (MIRANDA, 2017). Este cuidado possibilita a legitimação da sua singularidade, visando a autonomia e protagonismo dos frequentadores. Fundamentalmente, um grupo como este tem o potencial para produzir informações e reflexões importantes para a revisão do PTS, além de se configurar em um dispositivo estratégico para o exercício do protagonismo dos frequentadores e a inclusão dos familiares no processo de tratamento.

- c) Criação de um grupo para mapeamento do território a qual pertence o CAPS: com o objetivo de estreitar as relações do serviço com o território, seus espaços, potencialidades e instituições.

Poderiam, em especial, participar deste grupo frequentadores que estão em processo de desligamento do serviço, pois a temática e a própria produção do mapeamento se configurariam como exercício de ocupação do território. A partir da construção deste mapeamento, para estreitar os laços com as instituições que compõem este território, estas poderiam ser convidadas a participar de atividades abertas e/ou festividades no CAPS.

Este grupo tem o potencial para auxiliar no enfrentamento de duas dificuldades diferentes, mas entrelaçadas: permitir que o PTS de fato esteja vinculado ao território existencial dos frequentadores e facilitar o processo de desligamento do CAPS que pode passar a ser mais fluido, a medida que o frequentador ocupe outros espaços no território pode gradativamente se desligando do serviço.

- d) Criação de grupos abertos (ou abertura de grupos existentes) à comunidade: permitindo a participação de familiares, amigos, da rede dos frequentadores.

A existência de grupos abertos se constituiria em uma outra estratégia de aproximação com o território, em especial, com os familiares. Para além de sua participação em grupos de famílias, importante e necessário dispositivo, mas insuficiente sozinho para estreitar os laços entre serviço e família, os familiares, ao participarem em atividades que lhes interessam no CAPS ou mesmo propor atividades que tenham habilidade/conhecimento, passam a fazer parte do cotidiano do serviço, contribuindo para sua construção e, potencialmente, configurando uma situação de cuidado compartilhado. A presença de grupo abertos “aumenta a possibilidade de parcerias, abre o CAPS para o território, diminui a distância entre o dentro e o fora, potencializa a criação de redes solidárias” (RESENDE, 2015, p. 396).

É fundamental, no entanto, que a presença dos familiares nos grupos seja organizada de modo a preservar os espaços dos frequentadores em seus próprios grupos, sem a presença de seus familiares, de modo a poderem se expressar mais livremente.

- e) Sistematização do processo de acompanhamento e revisão dos PTS: definição de prazos e metas.

Algumas das propostas anteriores, como a discussão do PTS nos diferentes grupos e a criação dos grupos de Cartão de Crise e de Mapeamento do Território, possibilitam a produção de reflexões constantes e cotidianos do PTS. A sistematização, com a definição por parte da equipe do período (a cada 2, 3 ou 6 meses, por exemplo) para, junto com o frequentador e a família, discutir o PTS, teria como principal objetivo organizar as informações e reflexões produzidas nos outros espaços. Para isso é fundamental que estas informações e reflexões produzidas nos diferentes grupos seja registrada e/ou compartilhada com o técnico/equipe de referência para subsidiar os encontros de revisão do PTS.

Finalmente, considerando o segundo eixo da pesquisa, analisar como a parceria PRISME/CAPS pode ser utilizada para incrementar a implementação do PTS, são nossas sugestões:

- a) Intensificação de reflexões sobre o PTS na capacitação dos alunos extensionistas e nas supervisões interdisciplinares;
- b) Participação na criação e condução do grupo de Cartão de Crise, utilizando a experiência anterior do PRISME na implementação do cartão de crise em um Centro de Convivência e em um CAPS II;
- c) Participação na criação e condução do grupo de mapeamento do território;
- d) Participação na criação e condução de grupos abertos, utilizando a experiência do PRISME na construção de atividades e grupos de convivência que funcionam sempre de forma aberta;
- e) Auxílio aos profissionais no registro das informações relevantes ao PTS.

Esta pesquisa surgiu de uma demanda oriunda da equipe do CAPS e buscou articular extensão e produção de conhecimento. Reitera nosso compromisso com a criação e consolidação da RAPS no DF e com uma formação universitária emancipadora e comprometida com a realidade local (AGUIAR, 2019). Dessa forma, visa o fortalecimento de estratégias de cuidado em saúde mental, e, simultaneamente, a estruturação profissional no sentido de propiciar uma postura sensível e crítica voltada às necessidades inerentes do contexto de atuação profissional. O tema é complexo e envolve grandes desafios. Esse estudo apresenta apenas um recorte do universo do cuidado em saúde mental, de modo

que são necessários novos estudos acerca do PTS e das mais variadas estratégias de cuidado que sejam realizadas com o objetivo de aumentar a potencialidade transformadora do paradigma psicossocial de cuidado e seus desdobramentos.

Referências

AGUIAR, V. G. PRISME: a experiência interdisciplinar de um projeto de extensão em saúde mental. 2019. 94 f. Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para obtenção do grau de psicólogo. Professora-orientadora: Prof. Dra. Tania Inessa Martins de Resende. Brasília, julho de 2019.

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

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100273&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18/10/2018.

BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAUER, M.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem som. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOCCARDO, A., ZANE, F., Rodrigues, S., & MÂNGIA, E. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo, 22(1), 85-92, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>. Acessado em: 19/08/2019.

BORGES. C. D. e SANTOS, M. A. dos. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. Rev. SPAGESP. v.6, n.1. Ribeirão Preto, 2005.

BRAGA. F. W. A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave. 2012. 167f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2012.

BRASIL. Lei n. 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acessado em: 03/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso em: 02/12/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf Acessado em: 03/05/2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n. 3.008 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. P. 236

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no sus: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos / Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos; ilustração de Henrique Monteiro da Silva. – Rio de Janeiro : Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Fundo Nacional de Saúde, 2013.

BRASIL. Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Acessado em: 04/11/2018.

BRASIL. (2017). Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588/2017 de 14 de Dezembro de 2017. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Acessado em: 01/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.659/2018 de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de

informação do SUS. 2018.

CARVALHO, L. G. P.; MOREIRA, M. D. S.; REZIO, L. A.; TEIXEIRA, N. Z. F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. 36 (3):521-525. Mundo Saúde: São Paulo, 2012.

CASTRO, L. M. C. A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadores: ainda existem utopias realistas. The university, Extra-Muralactivities university and the production of emancipating knowledge. Rio de Janeiro: s.n; 185 p. 2004.

COSTA, I. Da fala ao sofrimento psíquico grave. Ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Kaco. 2003,

COSTA, I. I.; SILVA, E. A. Dores dos "cuida-dores" em saúde mental: sobre a complexidade do sofrimento psíquico dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2013.

COVELO, B. S. R.; BADARO-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 55, p. 1133-1144, Dec. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401133&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 Nov. 2018. Epub Sep 08, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0472>.

DEMO, P. Saber Pensar. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, Guia da escola cidadão; v. 6, 2000.

DEMO, P. Educação e conhecimento: relação necessária, insuficiente e controversa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

DEMO, P. Éticas multiculturais: sobre convivência humana possível. Petrópolis, Vozes, 2005.

DEMO, P. Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos. Campinas, Papyrus, 3. ed, 2006.

FOUCAULT, M. A história da loucura. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FREITAS, C. A participação e preparação prévia do usuário para situações de crise mental: a experiência holandesa do plano/cartão de crise e desafios para sua apropriação no contexto brasileiro. Em E. M. Vasconcelos (Org.), *Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares* (pp. 142-170). São Paulo: Hucitec, 2008.

FURTADO, J.; MIRANDA, L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [en linea] 2006, IX (Septiembre-Sin mes) Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017487010>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acessado em: 19/08/2019.

GONZÁLEZ REY, F. L. Personalidade, Saúde e Modo de Vida. São Paulo: Thomson, 2004.

GUIMARAES, A. N. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-282, Junho 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200008&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 29/03/2018.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil, 2013

JASPERS, K. Introdução. In: Psicopatologia Geral. Vol 1. Rio de Janeiro e São Paulo: Atheneu, 1979.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F.S.P. DE; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, Julho 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-. Acesso em: 29 de março de 2018.

KINKER, F. S. Um olhar crítico sobre projetos terapêuticos singulares. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, 24 (2), 413-420, 2016.

LANCETTI, A. Contrassura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; GOMES, A.; MATTOS, R. A. De (Orgs.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/LAPPIS, ABRASCO, 2007, p. 137-154.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. 2008.

LOBOSQUE, A. M. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LUTTERBACH, M. G. C. A contribuição da terapia comunitária integrativa (TCI) na produção do cuidado e formação em saúde na atenção psicossocial, 2017. (Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde). Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/4283>. Acesso em: 19/08/2019

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 47-151, maio/ago, 2005.

MENDONÇA, T. C. P. De. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Brasília*, v. 25, n. 4, p. 626-635, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&; Acessado em: 18 de março de 2018.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>. Acessado em: 05/02/2019.

MINAYO, M. C. S. (2015). *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

MIRANDA, A. C. de A. Implementação do cartão de crise em um centro de convivência: cogestão e empoderamento. Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para obtenção do grau de psicólogo. Professora-orientadora: Prof. Dra. Tania Inessa Martins de Resende. Brasília, julho de 2017.

MORGAN, D. L. *The focus group guide-book*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998

NASCIMENTO, L. B. R. A. Portas abertas à loucura. In: *O espaço de convivência Inverso – Um lugar para o homem acometido de transtorno mental*. p. 115-137, Editora Appris: Curitiba, 2017.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 22-31, Mar. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000100003>.

PINHO, A.M.; HERNÁNDEZ, B.; KANTORSKI, L.P. *Cienc Cuid Saude* 2010 Jan/Mar; 9(1):28-35 serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Cienc Cuid Saude* 2010 Jan/Mar; 9(1):28-35

RESENDE, T. I. M. De. *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. 2015. 423 f., il. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015

RESENDE, T. I. M. De; COSTA, I. I. Da. *Saúde mental: a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica*. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2017. 292 p.

RESENDE, T. I. M.; AGUIAR, V. G. Prisme. Em 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental – ABRASME, Brasília, Distrito Federal, Setembro de 2018.

RITT, P. A. Q. Projeto Terapêutico Singular. 2016. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SAMPAIO, C. Contra retrocessos na política antimanicomial, CNS pede que governo revogue portaria. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/contra-retrocessos-na-politica-antimanicomial-cns-pede-que-governo-revogue-portaria/> Acessado em: 19/08/2019

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hu-citec, 1990. p. 89-100. Secretaria de Saúde do Paraná, 2019. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059> Acessado em 06/03/2019

Secretaria de Saúde do Distrito Federal <http://www.saude.df.gov.br/saude-mental/> em 28/07/2019

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007>.

SILVA, A.I.; LOCCIONI, M. F. L.; ORLANDINI, R. F.; RODRIGUES, J.; PERES, G. M.; MAFTUN, M. A. Projeto terapêutico singular pra profissionais da estratégia de saúde da família. Cogitare. Enfermagem, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 1-8, Jul/Set 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45437>. Acesso em 18 de novembro de 2018.

TENÓRIO, F. Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

THOMPSON, J. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes, 1995.

VASCONCELOS, E. M. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. 2ed. Rio de Janeiro-São Paulo: Hucitec, 2005.

VASCONCELOS M. G. F., Jorge M. S. B., CATRIB, A. M. F., BEZERRA, I. C., FRANCO, T. B. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. Interface (Botucatu). 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Empoderamento de Usuários e Familiares em Saúde Mental em Pesquisa Avaliativa/Interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiências brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 10, p. 2825- 2835, out 2013.

