

**Juliana de Oliveira Barros**

**A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde  
Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de  
cuidado**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Mestre em Ciências

Programa de: Ciências da Reabilitação

Área de Concentração: Movimento, Postura e Ação  
Humana

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elisabete Ferreira Mângia

São Paulo

2010

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barros, Juliana de Oliveira

A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental :  
apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado / Juliana de  
Oliveira Barros. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São  
Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação. Área de concentração: Movimento,  
Postura e Ação Humana.

Orientadora: Elisabete Ferreira Mângia.

Descritores: 1.Serviços de saúde mental 2.Serviços comunitários de saúde  
mental 3.Desenvolvimento tecnológico 4.Terapia Ocupacional 5.Reforma dos  
serviços de saúde

USP/FM/DBD-334/10

## AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais, Edna e Wanderlei, por plantarem em mim valores fundamentais ao meu crescimento e formação.

À minha irmã, que com muita paciência, afeto e compreensão pôde me acolher e auxiliar nas distintas e difíceis fases de transição da vida.

À Camila, minha amiga - irmã, pelas intensas e longas conversas, confidências, cumplicidade... Obrigada por me acompanhar nesta vida, te amo!

Ao grupo orquestrações, em especial à Marina, por tantas conversas, reflexões e, sobretudo, por compartilhar e suportar comigo o cotidiano intenso de trabalho.

À minha terapeuta, que sustentou comigo os conflitos da vida cotidiana e me ajudou, de forma brilhante, a lidar com todos eles.

À minha incrível orientadora, Bete Mângia, pessoa pela qual tenho enorme admiração e carinho! Obrigada pela disponibilidade nesta jornada, pela paciência e pela aposta que sempre fez em mim.

À Melissa, praticamente minha co-orientadora, pelo apoio constante, pelas conversas, pelo acolhimento e pela possibilidade de diálogo durante todo o processo. À Ana Lúcia, por compreender e compartilhar todos os afetos vividos nesta fase. À Cíntia, pela força e apoio, sobretudo pela ajuda nas questões de formatação!

Aos membros da banca de qualificação: Ana Aranha, Eli Dias de Castro e Selma Lancman, pelas contribuições e pelo cuidado com o meu trabalho. Em

especial à querida Selma, que tem me acolhido de forma incrível, acreditado na minha potencia de trabalho e despertado em mim interesse por novos campos de ação.

A todas as pessoas que estiveram presentes na minha vida nesta fase, seja no âmbito profissional ou pessoal, e que deixaram marcas em mim e indiretamente neste trabalho.

Aos profissionais que aceitaram participar desta pesquisa, pela possibilidade de me ajudarem a tecer diálogos e continuar acreditando nos processos de mudança.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

## SUMÁRIO

Lista de Quadros	
Resumo	
Summary	
1. INTRODUÇÃO	01
2. APROFUNDAMENTO TEÓRICO	09
A. Transformação do Modelo de Assistência	09
B. A Construção da Cidadania	15
C. Integralidade e Necessidades de Saúde como Eixos Indissociáveis na Construção de Práticas Cidadãs	21
D. Processos de Trabalho e Tecnologias de Cuidado em Saúde	26
E. Projeto Terapêutico Enquanto Instrumento para Práticas de Saúde Inovadoras	34
i. Definições, objetivos e diretrizes	35
ii. Componentes da prática e desafios	37
3. CONFIGURAÇÃO METODOLÓGICA E DE ANÁLISE DOS DADOS	42
A. Pesquisa Bibliográfica	42
B. Entrevistas	44
C. Análise dos Dados	47
E. Aspectos Éticos	49
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	51
A. Perfil dos Entrevistados	51
B. Contexto de Trabalho dos Entrevistados	54

i. Aspectos estruturais	54
ii. Forma de organização das equipes e processos de trabalho	58
C. Projetos Terapêuticos	62
i. Concepções teóricas sobre a construção e desenvolvimento de projetos terapêuticos	62
ii. Aspectos da prática cotidiana sobre a construção de projetos terapêuticos	68
iii. Limites e possibilidades enfrentados a partir da construção e desenvolvimento de projetos terapêuticos	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
6. ANEXOS	93
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

## **Lista de Quadros**

Quadro I – Número de profissionais por categoria de acordo com o município de atuação.

Quadro II - Distribuição dos profissionais em relação às diferentes modalidades de serviços do tipo CAPS.



***RESUMO***

Barros, JO. *A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

A atual Política de Saúde Mental tem como eixo estruturador a construção de redes municipais de serviços. Esta construção requer, além do estabelecimento de normas e da definição de recursos a serem empregados em sua implantação e manutenção, a definição de novas estratégias de cuidado adequadas aos princípios e diretrizes propostas pela política. Neste contexto ganha destaque a forma como os serviços se organizam para desenvolver novas tecnologias de cuidado que consigam materializar as transformações propostas pelo novo modelo. Esta construção requer um olhar atento para a singularidade dos sujeitos e deve considerar que a construção de projetos terapêuticos respeite esta diretriz fundamental, já que trata-se de uma ferramenta central para o desenvolvimento da atenção que busca superar o modelo asilar. A pesquisa buscou conhecer e comparar as proposições teóricas sobre a construção de projetos terapêuticos apresentados pela bibliografia com as concepções utilizadas pelos profissionais que atuam no contexto dos serviços de saúde mental. Configura-se como uma investigação qualitativa nos métodos e formas de encaminhamento e de inspiração etnometodológica na medida em que foi dada ênfase para a experiência vivida como campo para o processo de reflexão. Utilizou-se os procedimentos metodológicos de revisão bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas, desenvolvidas no período de setembro a novembro de 2009, com profissionais

(Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos Psiquiatra, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais) inseridos em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - II e III do Estado de São Paulo. De acordo com os dados coletados, as concepções apresentadas pelos profissionais se aproximam àquelas propostas pelos autores que discorrem sobre o tema. Os discursos mostram aspectos relacionados à: necessidade de transformação do modelo tradicional; o investimento no protagonismo do usuário; a importância do trabalho em equipe para que as necessidades de saúde possam ser compreendidas; e a importância das parcerias institucionais e com a rede de suporte social para que o princípio da integralidade seja de fato contemplado na construção de práticas de cuidado. Contudo, ao relatarem situações práticas vivenciadas no cotidiano de trabalho apresentaram contradições presentes no processo em curso: dificuldades para construção de um trabalho homogêneo nas equipes; o impacto direto na assistência das distintas formas de gestão; a dificuldade da interlocução tanto com as redes institucionais quanto com as redes de suporte social dos usuários; e por fim, a enorme dificuldade em inserir os usuários como participantes efetivos na construção de práticas de cuidado. De maneira geral, os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade urgente da reflexão sobre as práticas que têm sido implementadas nos CAPS. É fundamental que o modelo assistencial desenvolva práticas que tenham foco na vida do sujeito, em suas vulnerabilidades habitacionais, econômicas, afetivas, culturais, familiares e de rede social.

Descritores: serviços de saúde mental; serviços comunitários de saúde mental; desenvolvimento tecnológico; terapia ocupacional; reforma dos serviços de saúde.

# ***SUMMARY***

Barros, JO. *The Construction of Therapeutic Projects in Mental Health Field: notes about new care technologies* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

The current policy of Mental Health has, as an structural axis, the construction of municipal service networks. This construction requires, beyond the establishment of rules, and the definition of resources to be used on its implementation and maintenance, the definition of new care strategies that are adequate to the principles and directions proposed by the policy. On this context, what is highlighted is the way the services are organized to develop new care technologies that are able to materialize the transformations proposed by the new model. This construction requires a careful look at the uniqueness of subjects and should consider that the construction of therapeutic projects respect this fundamental direction, once it is a central tool for the development of attention that aims at overcoming the asylum model. The research aimed at knowing and comparing the theoretical propositions about the construction of therapeutic projects presented by the literature, with the conceptions used by professionals active in mental health services. It is a qualitative investigation of the method and routing forms, with an ethnomethodologic inspiration, since the experience lived was emphasized on the afterthought process. As methodology a bibliographic review was conducted, as well as semi-structured interviews, applied during the September through November 2009 period, with professionals (Social Workers, Nurses, Psychiatrists, Psychologists and Occupational Therapists) inserted on "Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

- II e III” on the state of Sao Paulo. According to the data collected, the conceptions presented by the professionals are closer to the ones presented by the authors covering these themes. The speeches show aspects related to: the need for transforming the traditional model; the investment on the leading role of the user; the importance of teamwork so that the health needs can be understood; and the importance of institutional partnership with the social support network so that the integrality principle is, in fact, contemplated on the care practices. Nevertheless, when practical situations lived on their day-to-day work were reported, several contradictions were presented as existing on current process: difficulties to construct an homogeneous work on the teams; the direct impact on the assistance to the distinct management forms; the difficulties on interlocution with the institutional networks and the users social support networks, and, at last, a huge difficulty of inserting the users as effective participants on the construction of care practices. Generally speaking, the results of this research point to the urgent need of thought about the practices currently implemented on CAPS. It is fundamental that the care model develops practices that focus on the life of the subjects, with their housing, economic, affective, cultural, family and social network vulnerabilities.

Descriptors: mental health services; community mental healthy services; technological development; occupational therapy; reform of healthy services.

# ***INTRODUÇÃO***



## **1. Introdução**

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica, inscrito no contexto internacional de crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, visa à defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a melhoria da qualidade de assistência e vem buscando produzir respostas mais complexas diante das necessidades apresentadas por esta população (Brasil, 2005).

Este processo enfrenta tensões, conflitos e desafios visto que propõe transformações em relação aos saberes, valores e práticas que orientam o campo no cotidiano dos serviços de assistência, das instituições e das relações interpessoais. Atualmente um dos seus principais desafios consiste na implementação de serviços de saúde mental na comunidade que consigam atender às demandas globais das pessoas com transtornos mentais tais como, alimentação, medicação, atenção psicológica e psicossocial, sem a necessidade do asilamento (Nicácio, 2003; Brasil, 2005; 2007).

Este processo está intrinsecamente vinculado à construção do Sistema Único de Saúde – SUS, instituído na Constituição Federal de 1988 que legitimou a saúde como direito social e dever do Estado e se organiza de acordo com os princípios do acesso universal, integralidade e equidade e as diretrizes de participação social na gestão dos serviços, regionalização e hierarquização da rede de atenção à saúde e descentralização político – administrativa (Brasil, 1988).

De maneira geral, o princípio da integralidade propõe que o foco das ações de saúde deva estar pautado no indivíduo em relação ao seu contexto e que a pessoa tenha acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde: prevenção, promoção, assistência e reabilitação. Já o princípio da equidade pressupõe que a atenção aconteça de forma que os recursos e serviços sejam disponibilizados de acordo com as necessidades de cada pessoa, de maneira justa. A complexidade das necessidades do usuário deve determinar o conjunto de ações que serão oferecidas a ele (Brasil, 2009).

Neste contexto de mudanças, destacamos a presença de duas rupturas: a primeira em relação à cultura médico-hospitalar tradicional e a segunda relacionada à compreensão restrita do conceito de saúde. Com o princípio da integralidade aspectos relacionados ao contexto de vida das pessoas tais como: lazer, trabalho, cultura, sociabilidade, família, passam a ser fundamentais e determinantes no processo de construção e manutenção da saúde (Brasil, 1988).

Assim, a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde passou a definir e reorganizar a estruturação da política e da rede de serviços de saúde mental. Propôs a inversão do modelo assistencial centrado no Hospital Psiquiátrico e redefiniu o princípio de organização das redes municipais de serviços de saúde mental com a introdução dos Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais – dia, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial – NAPS/CAPS (Brasil, 1992; 2005).

Outro importante marco deste processo ocorreu no ano de 2001 com a aprovação da Lei 10.216, que reafirmou a garantia e defesa dos direitos das

peças com transtornos mentais e apoiou a definição sobre a importância da construção das redes de serviços de saúde mental (Brasil, 2001a,b).

Em 2002, a portaria 336/GM apresentou a nova regulamentação para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – destacando seu papel estratégico como serviço de referência para o desenvolvimento do cuidado às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes na medida em que a ele foi atribuída à missão de ser o organizador da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território (Brasil, 2002).

Nesses serviços, a atenção deve estar centrada no acolhimento, no vínculo entre trabalhadores e usuários, na participação da família, e na responsabilidade de cada membro da equipe no desenvolvimento de projetos terapêuticos. Estes devem ser individualizados e incluir a participação do usuário, respeitando suas escolhas e limites, visando à inserção social e a melhor qualidade de vida (Mângia et al, 2006; p. 89).

Assim os Centros de Atenção Psicossocial se constituem como serviços comunitários, especializados no atendimento público em saúde mental em regime de atenção diária e ambulatorial e devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Estes serviços foram diferenciados em CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade, abrangência populacional, horário de funcionamento, número de funcionários e de pacientes atendidos. Foram propostos também os seguintes níveis de especialidade: CAPS i para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e CAPS ad para atendimento de pessoas com

transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (Brasil, 2002).

A construção das redes de serviços de saúde mental requer, além do estabelecimento de normas e da definição de recursos a serem empregados em sua implantação e manutenção, a definição de novas estratégias de cuidado adequadas aos princípios e diretrizes propostas pela política de saúde mental. Este conjunto de mudanças implica também na compreensão de que prevenção, tratamento e reabilitação não devem ser vistos mais como fases distintas e hierarquizadas do processo de cuidado, mas sim como aspectos concomitantes e integrados (Rotelli et al, 2001; Campos & Amaral, 2007).

Esta nova perspectiva coloca desafios que merecem destaque tais como: o investimento na formação profissional orientada por uma nova forma de agir e pensar os processos saúde – doença; o comprometimento dos gestores em relação ao cumprimento da política nacional e desenvolvimento das políticas locais em saúde mental e o fomento da participação de usuários e familiares na gestão dos serviços públicos de saúde (Mângia & Muramoto, 2007).

Neste contexto também ganha destaque a forma como os serviços se organizam para desenvolver novas tecnologias de cuidado que consigam materializar a transformação proposta pelas políticas. Esta construção requer um olhar atento para a singularidade dos sujeitos e deve considerar que a construção de projetos terapêuticos respeite esta diretriz fundamental.

Assim, entende-se que os projetos terapêuticos – PT – devem ser constituídos a partir de um conjunto de ações e estratégias desenvolvidas para

responder às necessidades de saúde das pessoas com transtorno mental no contexto dos serviços de assistência e tem como objetivo central resgatar os seus direitos de cidadania, ampliar suas possibilidades de trocas com o entorno social e sua capacidade de negociação ou o “*poder contratual*”, e facilitar os processos de inclusão social (Kinoshita, 2001; Mângia, 2002; Mângia & Muramoto, 2007).

Minha experiência desenvolvida desde o ano de 2005, nos serviços e equipes comunitárias de saúde mental, em conexão com a construção de redes de cuidado, propiciou formular um conjunto amplo de questionamentos, sobretudo em relação à multiplicidade de olhares e intervenções para este campo de conhecimento. São eles: a composição heterogênea das equipes de trabalhadores; as diferentes formas de gestão dos serviços e das equipes; a fragilidade dos serviços com relação à construção de um objetivo comum, de diálogos interprofissionais e interinstitucionais; a precariedade na construção e articulação de redes de cuidado; a dificuldade para efetivação da participação do usuário na construção das práticas de cuidado.

Foi possível ainda, identificar ao menos duas tendências claramente definidas, que são utilizadas pelos profissionais de forma concomitante, como eixos norteadores na construção de projetos terapêuticos: a primeira de caráter biomédico, pautada no desenvolvimento de procedimentos profissionais. A segunda, de caráter interprofissional, pautada no desenvolvimento de linhas de cuidado a partir da definição de estratégias conjuntas e coletivas para resolução das necessidades apresentadas pelas pessoas com transtorno mental.

Esta constatação me leva a considerar que a utilização destas duas tendências aponta para contradições no avanço do modelo proposto pela política de saúde mental. Desta forma, além da pactuação ética com relação à nova política, emergiu a necessidade de conhecer como os profissionais executam, em sua atividade prática, as diretrizes transformadoras, que contemplem de fato as necessidades dos sujeitos com transtorno mental, inseridos em seu contexto de vida.

A hipótese central deste trabalho é a de que o projeto terapêutico é o componente fundamental no processo de tratamento do usuário, pois a partir dele são definidos os mecanismos a serem adotados para que as ações de cuidado sejam desenvolvidas. É nele que a relação serviço, equipe e pessoa com transtorno mental se concretiza. Por isso refletir sobre a construção de projetos terapêuticos no contexto do desenvolvimento das novas tecnologias de cuidado utilizadas nos serviços de saúde mental ganha, na atualidade, importância e relevância.

Desta forma, o trabalho tem como objetivo geral conhecer e comparar as proposições teóricas sobre a construção de projetos terapêuticos apresentados pela bibliografia com as concepções utilizadas pelos profissionais que atuam no contexto dos serviços de saúde mental.

Especificamente pretende conhecer: as concepções teóricas sobre a construção de projetos terapêuticos; as concepções que orientam o trabalho dos profissionais de saúde mental na proposição e desenvolvimento de projetos terapêuticos; as possibilidades e limites enfrentados pelos profissionais de saúde mental na elaboração e desenvolvimento de projetos

terapêuticos, além de comparar as concepções utilizadas pelos profissionais de saúde mental com aquelas propostas pela literatura.

Para tanto, foi organizado em quatro grandes eixos, nos quais foram apresentadas: as bases teóricas utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa; a metodologia de trabalho utilizada; os resultados obtidos a partir da realização da coleta de dados em campo e as discussões desenvolvidas a partir do diálogo entre os dados coletados e as bases teóricas de referência e por último, as considerações finais.

***APROFUNDAMENTO***

***TEÓRICO***



## 2. Aprofundamento Teórico

### A. Transformação do Modelo de Assistência

*“Uma teoria sobre a produção de saúde deveria apoiar todos às práticas sanitárias”*

(Campos, 2000; p.226).

Ao refletirmos sobre o desenvolvimento dos projetos terapêuticos no contexto do processo de reforma psiquiátrica, faz-se necessário compreender quais são os paradigmas que orientam o campo da saúde para posteriormente entender como são direcionadas as ações na prática dos profissionais de saúde mental, bem como o modelo teórico por eles adotado.

Inserido no contexto do desenvolvimento do pensamento científico moderno, atualmente o paradigma dominante no desenvolvimento das práticas de saúde é o biomédico. Para apresentação e discussão deste paradigma, tomou-se como ponto de partida às reflexões elaboradas por Saraceno (1998a), Campos (2000) e Merhy (2005).

O paradigma biomédico atribui exclusivamente aos aspectos biológicos às causas do adoecimento, compreendendo os estados de saúde e de doença

como situações isoladas e opostas. Assim, os tratamentos configuram-se de maneira reparatória, buscando agir especificamente sobre o dano biológico que deu origem ao problema. Trata-se ainda de um modelo individualista já que as intervenções têm como foco apenas o indivíduo e é delegado unicamente a ele a responsabilidade sobre os recursos para lidar com a sua saúde ou doença. Por fim, já que o aspecto biológico é o determinante na leitura e intervenção nas situações de adoecimento, a história de vida da pessoa, subjetividade, o contexto no qual está inserida, sua cultura e situação econômica, por exemplo, são aspectos negligenciados. Desta forma, como conseqüência deste raciocínio, as práticas tornam-se centradas em procedimentos profissionais (Saraceno, 1998a; Merhy, 2005).

Ainda como conseqüência das práticas orientadas por este paradigma, corre-se o risco de colocar as pessoas atendidas no lugar de objeto e impedir que elas ocupem a posição de protagonistas na condução de suas vidas e na definição de suas necessidades, visto que unicamente o saber profissional é valorizado e a lógica empregada é a da disciplina (Campos, 2000; Merhy, 2005).

Merhy (2005) aponta ainda para o fato desta perspectiva não capturar apenas a categoria médica, mas também as outras profissões inseridas no campo da saúde. O usuário, submetido aos olhares dos núcleos profissionais reconhecidos, hegemônicos, será cuidado a partir de um agir profissional centrado nos procedimentos. Segundo o autor,

Dentro deste tipo de ação de cuidado, somando todos os olhares profissionais, não se consegue chegar no outro como quem também olha, que também tem desejos, vontades, intenções, modos de expressar necessidades

não fragmentárias. Como um outro que não parte de núcleo profissional nenhum, de nenhum território tecnológico de ação. Como um outro que é um mundo de necessidades, rico de complexidades lógicas, pois pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros, com vontades cidadãs (...) A soma dos profissionais centrados não dá conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contém (Merhy, 2005; p.5).

É importante mencionar que neste trabalho adota-se a perspectiva de “Núcleo” e “Campo” profissional, propostos por Campos (2000), como formas de organização das disciplinas na saúde. O “Núcleo” profissional é aquele que dá contorno a identidade profissional, demarcando respectivamente uma área de saber e prática utilizadas predominantemente por determinada disciplina. Por “Campo”, se compreende o espaço de atuação profissional, com limites imprecisos, no qual haveria a necessidade de composição das distintas disciplinas para concretização de tarefas relacionadas à construção de conhecimento e ao desenvolvimento das práticas.

Saraceno (1998a) dialoga com os limites já mencionados, apontando para o aparecimento de problemas quando o paradigma biomédico ultrapassa as fronteiras do núcleo médico e captura outras esferas da vida e determina a classificação artificial dos sofrimentos humanos em categorias diagnósticas simplificadoras.

Para o autor, muitas pessoas estão permanentemente expostas à violação dos direitos humanos e de cidadania na medida em que são privadas de meio afetivo e educacional na infância, sofrem pela violência doméstica, pelo isolamento e, sobretudo pelos processos de desvantagem social. Tais situações são condições que também agridem a saúde mental dos indivíduos,

das famílias e grupos sociais, e, apesar de não estarem classificadas no Código Internacional de Doenças – CID o paradigma biomédico as coloniza, classifica e define, fragmentando as demandas, e oferecendo respostas específicas para cada problema (Saraceno, 1998a).

Nesta lógica as demandas seletivas buscam respostas também seletivas.

Como consequência, os grupos humanos tendem a se organizar e a pensar a partir da afirmação de uma “monoidentidade” que nega a existência e a riqueza das muitas identidades que existem em um mesmo sujeito – as pessoas não se apresentam mais como pessoas, mas sim como o atributo que capturam como único (Saraceno, 1998a; p.7).

Diante dos limites apontados, no contexto das novas práticas de saúde mental, se defende que o desenvolvimento de projetos terapêuticos deva superar este paradigma de forma a contemplar a complexidade e multicausalidade dos problemas mentais. As estratégias de cuidado devem ser compreendidas como processo contínuo e integrado de ações orientadas a responder as necessidades das pessoas (Saraceno, 1998a).

Para os autores estudados, existe um conjunto de aspectos que podem ser apontados como necessários para a superação do modelo biomédico. O primeiro deles exige a transformação dos processos de trabalho e a produção da saúde no ato do desenvolvimento da ação de cuidado. No contexto do trabalho em saúde, as relações estabelecidas nos encontros entre profissionais e entre profissionais e usuários possibilitam a abertura de espaços de reflexão sobre os saberes, os fazeres, e os atos coletivos da produção de saúde. Os

núcleos profissionais tendem a ser desterritorializados, o que possibilita abertura do espaço para a percepção do olhar do usuário, seja ele individual ou coletivo, que pode mostrar um modo complexo e singular de estar e habitar o mundo (Merhy, 2005).

Desta forma, no cotidiano dos processos de trabalho, torna-se importante que os profissionais estejam atentos para a forma como produzem as ações de cuidado, pois também são protagonistas das possibilidades de mudança (Merhy, 2005).

A segunda forma de superação está relacionada à perspectiva interdisciplinar, capaz de criar uma nova hierarquia entre os saberes relacionada ao estudo específico de cada fenômeno apresentado. Além disso, a este desafio deve ser integrada a compreensão sobre os aspectos subjetivos e contextuais dos usuários (Campos, 2000).

Por fim, o terceiro e último aspecto deve se apoiar no resgate dos direitos de cidadania das pessoas discriminadas e excluídas dos processos sociais. A compreensão de que, ao longo da vida, todos os sujeitos são produtores de sentido, ou seja, ao longo de suas trajetórias produzem relações, trocam afetos e vivenciam experiências que atribuem significado a existência humana, leva a compreensão de que a principal estratégia a ser adotada seria a da reconstrução das histórias de vida destas pessoas, de modo a possibilitar a reapropriação dos sentidos produzidos ao longo da vida e dos espaços e tempos habitados (Saraceno, 1998a).

De forma geral, pode-se perceber que a superação do paradigma biomédico exige uma nova postura dos profissionais de saúde mental que

requer a reflexão sobre como agenciar novas formas de cuidado, promover a inclusão social, proteger a saúde das pessoas, evitar situações de risco e propiciar da melhoria na qualidade de vida. Tais desafios compõem a prática cotidiana de proposição de novas tecnologias e estratégias de cuidado (Mângia & Muramoto, 2006).

Para pensar em projetos terapêuticos cuidadores, também se faz necessário discutir aspectos relacionados às modificações trazidas pela Constituição Federal de 1988, sobretudo a partir da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que sustentam a superação do modelo biomédico, tais como: saúde compreendida como um direito de cidadania; o princípio da integralidade como orientador da compreensão das necessidades de saúde das pessoas; e o trabalho em equipe e das equipes de saúde. Tais aspectos serão discutidos nos capítulos seguintes.

## **B. A Construção da Cidadania**

Visto o desafio da superação do modelo tradicional, à construção da cidadania ganha sentido e passa a ser assumida como um dos temas fundamentais nas mudanças do modelo de assistência e das ações de cuidado em saúde.

Após a segunda Guerra Mundial, muitos países desenvolveram estratégias em relação à necessidade de garantia dos direitos humanos com a participação direta do Estado neste processo. A formação da Organização das Nações Unidas - ONU, em 1946, foi um dos movimentos realizados pelos Estados no intuito de pactuar maneiras efetivas de garantir estes direitos para todas as pessoas. Em 1948 foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH, que apresentou os princípios para a garantia dos direitos das pessoas e tornou-se a base para a construção das Constituições modernas. Tendencialmente, o ordenamento jurídico de cada país filiado a ONU, buscou garantir os direitos fundamentais e sua extensão a todos os indivíduos (Bartolomei et al, 2003; p. 185 - 186).

Em 1988 a nova Constituição Brasileira, em consonância a DUDH, também buscou efetivar os direitos humanos a todos. Nela, o Estado assume o papel de assegurar, de maneira igualitária, as condições necessárias para que o desenvolvimento da vida aconteça de forma digna. Nesta perspectiva a Constituição definiu a saúde como direito e criou o Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 1988; 2009; Bartolomei et al, 2003).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988; art. 196).

A Constituição introduz ainda mudanças em relação ao conceito e aos determinantes do processo saúde – doença, que passa a contemplar aspectos relacionados à moradia, educação, trabalho, renda, meio ambiente, lazer, entre outros. Nesse processo o SUS deve ser compreendido como um valioso instrumento para a aplicação das normas sanitárias e implementação do direito à saúde como direito de cidadania. A cidadania, que contempla os direitos sociais, civis e políticos, atua como estruturante da política de saúde brasileira e favorece a alteração do padrão de desigualdade social (Brasil, 1988; 2009; Bartolomei et al, 2003).

É importante mencionar que os direitos sociais têm como objetivo promover o bem estar social e econômico, oferecer segurança para participação social e meios para uma vida digna, além de compensar as desigualdades sociais e favorecer a garantia de bens e serviços essenciais tais como assistência médica, educação, moradia, salário mínimo com vistas à igualdade de oportunidades (Bartolomei et al, 2003).

Atualmente as ações de saúde e os direitos de cidadania são considerados inseparáveis na formulação das políticas e estratégias de atenção à saúde. Não ser excluído, não ser abandonado nem violentado, ser cuidado, ser tratado bem, ser reconhecido pelas necessidades pessoais, são aspectos que compõem ações de direito, cuidado e reconhecimento social. Desta forma, a cidadania deve ser vista como pressuposto das políticas



públicas de saúde e deve dialogar com a diversidade, ou mais precisamente com a diversidade como direito (Saraceno, 1998a).

Compreende-se também que pelo fato de nortear a construção dos projetos assistenciais desenvolvidos no campo da saúde pública, a cidadania pode ser traduzida no trabalho técnico, na organização dos serviços e na relação com os usuários.

Para o processo de Reforma Psiquiátrica, a defesa e resgate dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a melhoria da qualidade de assistência são dois importantes aspectos a serem trabalhados. Compreende-se assim que o redirecionamento do modelo de atenção e do locus institucional pode favorecer as mudanças na oferta assistencial e facilitar o processo de resgate de direitos.

As novas propostas de cuidado em saúde mental devem envolver três tipos de ações, concomitante. A primeira está relacionada à mudança da legislação, já que esta pode sustentar qualquer outro tipo de intervenção, com destaque principalmente para as políticas que envolvem os direitos sociais (Rotelli, 1993). A partir da criação do SUS e, sobretudo a partir da criação da Lei 10.216, o doente mental que teve historicamente em sua trajetória marcas de incapacidade e periculosidade torna-se alvo de uma política pública protetora e propulsora de transformações sociais e culturais já que, que além de paciente torna-se também cidadão.

A segunda ação está relacionada ao fortalecimento dos processos de constituição de vínculos e ativação de recursos, que dependem diretamente da disponibilidade dos trabalhadores de saúde mental ao compreenderem que

atualmente o usuário é um sujeito cidadão, capaz de administrar a própria vida ou ao menos alguns aspectos dela (Rotelli, 1993).

Por fim, os profissionais, a partir desta nova leitura de sujeito – usuário – cidadão, devem produzir, junto a eles, maior e melhor capacidade de acesso a valores materiais e subjetivos, a partir de informações adequadas, formação e autonomia pessoal, capacidade para estabelecer trocas sociais, capacidade de colocar o ponto de vista, entre outros (Rotelli, 1993).

Diferentemente da utilização do conceito de autonomia nas práticas tradicionais, neste contexto ele é entendido como a capacidade de um indivíduo gerar normas para a própria vida diante das diversas situações vivenciadas no cotidiano. Trata-se de um conceito relacionado à possibilidade do usuário articular sua rede de dependências de forma a estabelecer trocas e contratos, ou seja, o indivíduo já é colocado no lugar de quem ocupa um papel social e está inserido no contexto social (Kinoshita, 2001; Campos & Amaral, 2007).

Com o desenvolvimento destas ações, seria possível propiciar aos sujeitos em condição de desvantagem social, como os que vivenciam a experiência do transtorno mental, a reconstrução do acesso aos direitos de cidadania, bem como a capacidade de exercê-los (Rotelli, 1993).

Na realidade prática dos serviços de saúde mental territoriais, os trabalhadores devem estar atentos para oferecer aos usuários oportunidades de acesso aos bens e serviços normalmente não usufruídos. Devem identificar as capacidades de cada usuário e atribuir sentido a atos particulares, auxiliar nos processos de apropriação da moradia, ou de espaços possíveis de existência, que tornem legítima a sensação de pertencimento. Devem respeitar

a diversidade e auxiliar na construção de repertório de vida que facilite e propicie experiências de troca social (Saraceno, 1998a).

O autor considera ainda que para a reabilitação se tornar um processo de reconstrução e de exercício pleno da cidadania, deve ser desenvolvida a partir de três cenários principais. O primeiro deles seria o habitat, ou seja, estaria ligado às condições tanto materiais quanto de acolhida e de apropriação da moradia, do ambiente doméstico e dos outros espaços pelos quais a pessoa com transtorno mental vivencia seu cotidiano. O segundo estaria relacionado à possibilidade de construção de vínculos com a comunidade, família e outros sujeitos considerados importantes, que ofereçam apoio nas diversas situações do cotidiano. E por fim, estaria à possibilidade produzir e trocar mercadorias e valores no campo do trabalho (Saraceno, 2001b).

A criação de redes sociais de suporte, as práticas de geração de trabalho e renda, a possibilidade de trocas interpessoais e sociais, experiências de cooperação, desenvolvimento de estratégias de auto-ajuda, podem ser fatores de proteção, contemplados a partir da construção de cada projeto terapêutico, que objetivam aumentar a possibilidade da pessoa estar incluída nos processos de trocas sociais e participar das situações reais de vida em seu cotidiano (Saraceno, 2001a).

Na perspectiva da prática de construção material do exercício dos direitos, pensar sobre os fatores de proteção em relação aos processos de desfiliação e vulnerabilidade e evitar fatores de risco psicossocial são o ponto de partida para construção dos projetos terapêuticos.

Utiliza-se neste trabalho o conceito de vulnerabilidade desenvolvido por Robert Castel (1998) que discute os processos de integração, vulnerabilidade e

desfiliação a partir da interface estabelecida entre aspectos relacionados às relações de trabalho e a rede social de suporte. A dificuldade em manter relações estáveis de trabalho somadas ao empobrecimento das redes de suporte caracteriza a situação de fragilidade e desenraizamento, nomeada por vulnerabilidade.

Por fim, compreende-se que o entendimento que cada profissional de saúde possui em relação ao aspecto da cidadania vai influenciar diretamente as formas de agenciamento do novo modelo de atenção. A adoção da cidadania modela a relação da equipe técnica com os usuários, pois se houver uma postura democrática e participativa, o protagonismo dos usuários em relação ao processo de vida será favorecido. A forma de organização democrática dos serviços de saúde mental, a formação profissional, a forma de interação entre as equipes, e conseqüentemente o CAPS, enquanto produtor de movimentos descentralizados e contextualizados nas relações humanas podem, de maneira articulada, favorecer a ampliação da autonomia dos usuários.

Desta forma torna-se fundamental que o conhecimento em relação aos direitos de cidadania faça parte do repertório de todos os atores envolvidos no processo de tratamento: os usuários, familiares, trabalhadores, administradores e os políticos (Saraceno, 2001a).

A seguir serão discutidas questões relacionadas à incorporação do princípio da integralidade nas práticas de saúde, sobretudo em decorrência da utilização do conceito “necessidades de saúde” como eixo estruturante para o desenvolvimento das ações de cuidado. Trata-se de mais um subsídio para sustentação do novo modelo de atenção no campo da saúde.

### **C. Integralidade e Necessidades de Saúde como Eixos Indissociáveis na Construção de Práticas Cidadãs**

Assim como a incorporação da questão da cidadania traz mudanças para as novas ações de cuidado, a adoção do princípio da integralidade exige transformações significativas em distintos aspectos das práticas, das formas de organização e funcionamento das instituições, no contexto da política pública de saúde. Como princípio do SUS, a integralidade é um conceito polissêmico, representativo da busca por uma sociedade mais justa e solidária. Requer o desenvolvimento de um novo funcionamento do sistema de saúde que confronta o modelo tradicional, centrado na doença. Como dimensão da prática, a integralidade tem como objetivo, superar aspectos limitantes para o desenvolvimento do cuidado no campo da saúde (Cecílio, 2006; Mattos, 2006).

Para os autores, existe um princípio de direito que é comum a todos os sentidos da integralidade: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas. Para concretizá-lo, é necessário perceber a que se relacionam as “necessidades de saúde” das pessoas (Cecílio, 2006; Mattos, 2006).

Tomar o conceito de “necessidades de saúde” como eixo central das intervenções exige, dos trabalhadores, a abertura para a escuta atenta das pessoas que buscam cuidados. Neste contexto, um dos grandes desafios consiste em definir este conceito para que o mesmo possa ser apropriado e implementado pelos profissionais no cotidiano de trabalho, a fim de oferecer uma atenção mais humanizada e qualificada (Cecílio, 2006).

Para a definição deste conceito, Cecílio (2006) e Cecílio & Matsumoto (2006), utilizam as discussões realizadas por Stotz (1991). Entre as diversas contribuições do autor, Cecílio (2006) e Cecílio & Matsumoto (2006), destacam duas. A primeira se refere ao fato de que as necessidades de saúde são social e historicamente construídas e que, desta forma, devem ser trabalhadas e investigadas predominantemente no âmbito individual. A segunda se refere a uma classificação organizada em quatro grandes eixos de necessidades.

O primeiro eixo está relacionado à necessidade de se ter boas condições de vida. A maneira como cada sujeito vive pode ser traduzida em distintos aspectos, todos importantes e determinantes do processo saúde-doença: condição social, familiar, econômica, de moradia, de trabalho, hábitos pessoais. Desta forma, pode-se apreender que a forma como cada sujeito vive e se insere socialmente, pode ter como desdobramento distintas necessidades de saúde (Stotz, 1991 apud Cecílio, 2006 and Cecílio & Matsumoto, 2006).

O segundo eixo trata da necessidade das pessoas em acessar todos os tipos de tecnologia existentes, capazes de prolongar e melhorar a qualidade da vida. Mais do que o tipo de tecnologia utilizada, é a partir da detecção das necessidades de saúde das pessoas que poderá se oferecer o que for mais apropriado (Stotz, 1991 apud Cecílio, 2006 and Cecílio & Matsumoto, 2006). No capítulo a seguir as questões relacionadas às tecnologias de cuidado serão aprofundadas de maneira a oferecer ao leitor mais ferramentas para o entendimento desse eixo.

O terceiro eixo está relacionado à necessidade das pessoas em criar e manter vínculos estáveis e longitudinais, com vistas à manutenção de uma relação de confiança entre usuário e sistema de saúde, preferencialmente

personificada por um trabalhador, que se dispõe a ir ao encontro dos sujeitos e trocar afetos e percepções (Stotz, 1991 apud Cecílio, 2006 and Cecílio & Matsumoto, 2006).

O quarto e último eixo aponta para a necessidade individual de conquista de graus cada vez mais elevados de autonomia. Como já mencionado neste trabalho, trata-se de um conceito que fala da capacidade do indivíduo em criar normas para própria vida e lidar com as situações adversas a partir da interlocução com sua rede social. Este movimento produz ressignificação, reconstrução e protagonismo social (Stotz, 1991 apud Cecílio, 2006 and Cecílio & Matsumoto, 2006; Kinoshita, 2001; Campos & Amaral, 2007).

Neste momento da discussão é importante realizar a distinção entre necessidades de saúde e demanda. Quando uma pessoa chega a determinado serviço de saúde e faz um pedido explícito por consulta, exames, medicamentos, por exemplo, compreende-se que o que está sendo manifestado é a demanda. Trata-se da queixa, do pedido explícito, modulado a partir da idéia que a pessoa tem em relação aquilo que o serviço pode oferecer.

Diante do exposto, as necessidades de saúde podem estar relacionadas à busca por melhores condições de vida e saúde, a melhores vínculos afetivos inclusive para se conquistar maior autonomia na vida cotidiana, ou mesmo ter acesso a distintas tecnologias de cuidado. Trata-se de algo oculto, invisível, que necessita ser escutado, compreendido e traduzido pela equipe de saúde (Cecílio, 2006; Cecílio & Matsumoto, 2006).

Uma das formas de incorporação deste conceito está vinculada às práticas cotidianas dos profissionais de saúde, que devem partir da recusa em

compreender que o sofrimento do usuário que os procura apenas se relaciona ao sistema biológico. Trata-se da possibilidade de abertura para o diálogo e para o estabelecimento de uma relação entre dois sujeitos (Cecílio, 2006; Mattos, 2006).

Desta forma, o desenvolvimento do princípio da integralidade nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, traduz-se na implicação da equipe em compreender e formular estratégias de modo a atender as necessidades de saúde das pessoas e das comunidades (Cecílio, 2006; Cecílio & Matsumoto, 2006).

Respeitar e implementar o princípio da integralidade no cotidiano dos serviços de saúde é algo bastante complexo, já que as necessidades de saúde das pessoas são estruturadas por determinantes que não são originários apenas do campo da saúde. Desta forma, esta tarefa será bem sucedida apenas nas situações em que haja articulação de mais de um serviço de saúde e outras instituições não pertencentes ao campo da saúde (Cecílio, 2006).

Para o autor, o princípio da integralidade nunca se realiza apenas em um serviço. Trata-se de um objetivo de rede, afinal as tecnologias de saúde utilizadas para melhorar a vida das pessoas estão distribuídas nos distintos serviços, dos distintos setores. Estes circuitos devem ser formados, articulados e concretizados a partir das necessidades reais das pessoas (Cecílio, 2006).

O autor nomeia esta trama, esta articulação de redes, como integralidade ampliada, desenvolvida na interface do cuidado de cada profissional, de cada equipe e dos distintos serviços, sejam de saúde ou não (Cecílio, 2006).



Para que haja incorporação do princípio da integralidade nas posturas profissionais e na interlocução institucional, torna-se fundamental refletir acerca dos processos de trabalho em saúde e das tecnologias de cuidado empregadas. Estes itens serão o foco do próximo capítulo.

#### **D. Processos de Trabalho e Tecnologias de Cuidado em Saúde**

Para a construção de projetos terapêuticos centrados no sujeito em seu contexto de vida, são necessárias mudanças nos processos de trabalho em equipe e nas tecnologias de cuidado utilizadas no desenvolvimento das ações assistenciais no cotidiano dos serviços de saúde. Para tanto é fundamental que as práticas também sejam repensadas a partir destes eixos. Neste trabalho buscou-se referência nos estudos desenvolvidos por Merhy (1997a,b; 2005), Merhy e Franco (2003) e Thornicroft (2009) para apresentação e discussão destes aspectos.

É importante mencionar que utiliza-se, o conceito de “tecnologia” proposto por Merhy (2005) e compreende-se que o seu significado está relacionado à construção de saberes que permitem operacionalizar o desenvolvimento dos objetivos propostos nos processos de trabalho.

Como visto, uma das proposições centrais do processo de Reforma Psiquiátrica está relacionada à transformação do modelo de assistência no campo da saúde mental. O deslocamento da ênfase do trabalho da instituição para o território, a necessidade da organização em rede e a possibilidade de transformação cultural, política e social sobre a compreensão da loucura, nos dá a idéia de que necessariamente há uma mudança no modo de produzir saúde. Contudo, para além das diretrizes políticas que norteiam a organização dos serviços, as formas como se desenvolvem as relações entre os trabalhadores e os trabalhadores e usuários no processo da organização do

trabalho cotidiano, a chamada Micropolítica<sup>1</sup> dos processos de trabalho, pode nos revelar a predominância da lógica instrumental na produção dos processos de cuidado (Merhy e Franco, 2003).

A mudança do modelo assistencial pressupõe a transformação das tecnologias empregadas no modo de produzir saúde, na oferta de ações de saúde. Merhy (1997a,b; 2005) e Merhy e Franco (2003) entendem que o trabalho em saúde deve organizar-se a partir do campo relacional e da produção da saúde a partir do “*trabalho vivo em ato*”<sup>2</sup>, ou seja, o momento da ação no qual o cuidado está sendo produzido. Esta possibilidade convoca os profissionais a abrirem espaço para a escuta e o entendimento de que a pessoa apresenta suas necessidades e deve ser acolhida de forma responsável e pode ainda ser produtora de atos de cuidado geradores de autonomia. A mudança da postura profissional como consequência da adoção desta proposição modelaria as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, evitando os processos prescritivos e a produção de procedimentos.

No desenvolvimento das ações de cuidado, cada trabalhador, possui como instrumental, uma caixa de ferramentas tecnológicas nomeadas como “*valises da mão, da cabeça e das relações*”<sup>3</sup>. Como “*valises da mão*” têm-se aquelas tecnologias definidas pelo uso de equipamentos, denominadas tecnologias duras. Como “*valises da cabeça*” têm-se as tecnologias ligadas aos conhecimentos técnicos, nas quais existe uma parte já estruturada e a outra que depende da forma como cada trabalhador se apropria e a utiliza. A esta convencionou-se chamar de tecnologias leve – duras. Por fim, as “*valises das*

---

<sup>1</sup> Merhy utiliza esta nomenclatura baseando-se na obra conjunta de Félix Guattari e Giles Deleuze.

<sup>2</sup> Referência baseada na obra “*Tecnologia e organização social das práticas de saúde*” (1994), de Ricardo Bruno Mello Gonçalves.

<sup>3</sup> Referência baseada na obra “*Tecnologia e organização social das práticas de saúde*” (1994), de Ricardo Bruno Mello Gonçalves.

relações” compõem as tecnologias leves pelo fato de terem o caráter relacional enquanto característica e forma de orientar o desenvolvimento dos processos de trabalho, que se traduzem nos diversos modos de se comunicar com o outro, produção de vínculo, autonomização, acolhimento (Merhy, 1997a; 2005; Merhy e Franco, 2003).

Desta forma, os trabalhadores, na prática cotidiana dos serviços, ao possuírem certo grau de autonomia para o desenvolvimento das ações a partir da utilização das tecnologias descritas, criam condições concretas de transformar a realidade assistencial. A implicação destes trabalhadores nos processos de cuidado evidencia os núcleos das profissões das quais fazem parte e é a partir de seus núcleos de saberes, que dão sentido às ações de cuidado, que podem ir ou não ao encontro de novas possibilidades de produção de saúde (Merhy e Franco, 2003; Merhy, 2005).

Merhy (2005) considera que os núcleos profissionais, a partir da contaminação pelos diversos modos de produzir o cuidado, devem se transformar em lugares e espaços comprometidos na construção de um cuidado que *“vê no outro o olhar a ser emprestado”* (p.3). Este processo de transformação pode se dar a partir de uma ação coletiva no mundo do trabalho, do comprometimento de cada trabalhador no seu dia – a – dia e com a utilização das tecnologias leves como organizadoras dos processos de cuidado.

Ressalta ainda que no campo da saúde, o trabalhador pode vir a ocupar o lugar de usuário em qualquer momento e, desta forma, a reflexão sobre tudo o que é oferecido ao outro revela a possibilidade de desenvolvimento de uma função pedagógica no exercício do trabalho (Merhy, 2005).

Historicamente, o modelo assistencial em saúde viveu o predomínio do uso de tecnologias duras e leve – duras no desenvolvimento das práticas de cuidado. Estes núcleos tecnológicos são compostos de um trabalho morto, traduzido na utilização de instrumentos, nos quais já houve a execução de um trabalho pregresso (Merhy e Franco, 2003).

As mudanças necessárias para o desenvolvimento das novas práticas de cuidado pressupõem que a lógica do trabalho vivo, caracterizado pelas tecnologias leves, deva predominar em relação ao trabalho morto. Essa lógica possibilita conceber o outro como quem também olha, tem desejos, modos singulares de existir, se expressar, se vincular, necessidades complexas, que escapam a captura de uma área específica do saber, dos territórios de cada núcleo profissional. As ações de cuidado tornam-se uma referência para o usuário em contraponto a um agir profissional baseado em procedimentos. Isso significa, sobretudo, acolher o sujeito, ser referência nas situações vulneráveis, responsabilizar-se, junto com ele, pela condução de sua própria vida compreendendo que, para além de uma doença existe uma pessoa, inserida num contexto sócio – histórico – cultural (Merhy e Franco, 2003; Merhy, 2005).

A correlação entre trabalho vivo e morto resulta um campo tecnológico de cuidado chamado de “Composição Técnica do Trabalho - CTT”. Quando há a predominância do trabalho morto nos processos de cuidado em saúde temos a permanência das práticas centradas em procedimentos profissionais. Quando há a predominância do trabalho vivo, o compromisso com a produção de autonomia e qualidade de vida do sujeito se faz com o protagonismo dos dois atores: o profissional de saúde e o sujeito da atenção seja ele individual ou

coletivo (Merhy e Franco, 2003). Ainda de acordo com os autores, a CTT é um analisador qualitativo das tecnologias utilizadas nos processos de trabalho.

Assim, para Merhy (2005), a construção de novas tecnologias de cuidado, mobiliza ao menos dois núcleos tecnológicos: os núcleos profissionais e o núcleo cuidador. Compreende-se que para a produção e transformação de tecnologias de cuidado os núcleos profissionais devem se desterritorializar e se deixar circunscrever pela lógica global do campo da saúde. A dimensão cuidadora se coloca diante de todos os profissionais de saúde durante a execução de suas práticas e nela, a partir de espaços criados em decorrência das valises das relações e com a utilização de tecnologias leves, abre-se espaço para uma atuação comprometida com a vida do sujeito que pede ajuda. É o lugar da *“produção de um cuidado que cuida”* (p.9).

O autor oferece alguns exemplos de como a dimensão cuidadora pode expressar-se:

- Relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o seu modo de representar e construir necessidades de saúde;
- Relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações de saúde;
- Relação acolhedora com o usuário que permita produzir vínculos e responsabilizações entre todos os que estão implicados com os atos de saúde;
- Relação que permita a articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde de modo mais amplo possível;
- Relação que possibilita o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica capturante das outras lógicas, e não ao contrário;
- Relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos para qualificação do viver individual e coletivo;
- Relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva;

- Relação de inclusão cidadã que opera na constituição de autonomias e não de clones no campo da produção dos sujeitos sociais; entre outras.

(Merhy, 2005; p.10)

Nesta perspectiva, a adoção das tecnologias do trabalho vivo em ato pode facilitar a construção de recursos para a transformação do cuidado com o objetivo de modificar processos cristalizados, muitas vezes instituídos nas práticas de trabalho em saúde. Entende-se que a construção destes recursos está na base de qualquer possibilidade de *“intervenção no sentido da mudança, centrada no usuário, como o sentido último do próprio trabalho em saúde”* (Merhy, 1997a; p. 103; 2005).

Por fim, compreendemos que a mudança de modelos de atenção e tecnologias de cuidado se dão a partir do processo denominado “Revolução Tecnológica”. Este processo se define pela predominância do trabalho vivo na micropolítica dos processos de trabalho e da reorganização das estruturas organizacionais das unidades de saúde (Merhy, 1997a,b; 2005; Merhy e Franco, 2003).

Diante desta perspectiva, definir o propósito da equipe, seus objetivos e princípios, além da qualidade de seu gerenciamento são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho, sobretudo no campo da saúde mental, que depende fundamentalmente dos recursos humanos, centrados em tecnologias leves, para o seu bom funcionamento (Thornicroft, 2009).

A reorientação proposta a partir do novo modelo de atenção necessita de grandes transformações nas estruturas regidas e hierárquicas, na rotina, na necessidade de ordem e medicalização do cuidado, utilizadas tradicionalmente no campo da saúde mental. Os serviços comunitários tenderão, com a nova

política, a prestar maior atenção na avaliação e tratamento das pessoas com transtorno mental em seu próprio contexto, abarcando as necessidades clínicas e também as sociais. A nova proposta é de que as pessoas com transtornos mentais possam gerenciar a própria vida de acordo com suas prioridades específicas e metas. A equipe, portanto, é convocada à parceria e co-responsabilidade deixando de ser responsável por todos os aspectos de vida da pessoa (Thornicroft, 2009).

Com o objetivo de construir estratégias de mudança que busquem no usuário o seu principal significado, algumas perguntas – chaves sobre um serviço, do ponto de vista de um dado modelo de atenção, podem ser formuladas. São elas:

“o como” se trabalha, e neste sentido revelar qualitativamente o modo de operar cotidianamente a construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos; devem ter a capacidade e sensibilidade para revelar(...) “o que” este modo de trabalhar está produzindo, e assim mostrar em que tipo de produtos e resultados se desemboca com este modo de operar o cotidiano do trabalho em um dado serviço; devem também, pelo menos, ter a capacidade e sensibilidade de permitir a interrogação sobre...o “para que” se está trabalhando, tentando revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços. Este momento é privilegiadamente uma interrogação sobre os princípios ético-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde (Merhy, 1997b; p. 120).

Em suma, o que se produz, como, por quem e para quem é produzido, são informações – chaves para a reorganização de um modelo de atenção. Nota-se que, as inovações no campo tecnológico não se dão apenas com a entrada em cena de tecnologias duras, mas também de novas formas de



gerenciar serviços e processos de trabalho a partir das tecnologias leves (Merhy, 1997a,b).

## **E. Projeto Terapêutico Enquanto Instrumento para Práticas de Saúde Inovadoras**

A construção de projetos terapêuticos é um tema recente na literatura e se coloca como estratégia frente ao desafio da produção de respostas assertivas diante da complexidade dos problemas apresentados pelas pessoas.

No campo da saúde mental, a partir da década de 1960 no contexto internacional e da década de 1980 no Brasil, com os processos de desinstitucionalização, o interesse da comunidade científica em relação à produção de novas estratégias de cuidado aumentou significativamente. Uma das razões deste interesse surgiu da exigência em responder as necessidades dos usuários da saúde mental, agora distantes da tutela asilar (Saraceno, 2001a).

No cenário atual os projetos terapêuticos se constituem como instrumentos para as práticas de saúde inovadoras, que singularizam os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde e apresentam novas perspectivas de produção de autonomia, protagonismo e inclusão social.

A partir desta etapa do trabalho adota-se a noção de projeto terapêutico singular, pois esta caracterização marca a busca por diferenças e peculiaridades que perpassam a história de vida de sujeitos individuais ou coletivos e que são centrais na construção e articulação de propostas de trabalho em saúde. É importante salientar que a proposta é refletir acerca das novas tecnologias de cuidado que contemplem a construção de projetos

terapêuticos singulares – PTS - cuidadores e produtores de vida (Barros, et al, 2003; Cunha, 2007).

Para apresentação das perspectivas selecionadas escolheu-se como referência autores do campo da saúde coletiva, Merhy (1999), Campos & Amaral (2007), Cunha (2007) e Oliveira (2007) e do campo da saúde mental, Saraceno (1998b; 2001a; 2001b), Mângia (2002) e Thornicroft (2009).

### **i. Definições, objetivos e diretrizes**

De maneira geral, o termo “projeto” sugere uma intencionalidade em lançar-se ao futuro a partir das situações vividas no presente. Ou seja, a partir do que é vivido e possível, buscar estratégias comprometidas com a produção de saúde, autonomia e inclusão social, com a finalidade de sustentar o desenvolvimento e a condução de processos terapêuticos e projetos de vida. Deve acontecer, por princípio, em momentos de construção e gestão compartilhada entre equipe e sujeito singular, seja ele individual ou coletivo que, na maioria das vezes, encontra-se em situação de vulnerabilidade (Merhy, 1999; Campos & Amaral, 2007; Oliveira, 2007).

Os projetos terapêuticos singulares tem ainda como objetivo promover mudanças no lugar social tradicionalmente ocupado pelas pessoas com transtornos mentais severos e para tanto, as ações devem contemplar os sujeitos, o contexto social e as redes sócio-relacionais, com vistas a promoção de relações capazes de produzir respostas às necessidades reais da pessoa e a melhora de sua qualidade de vida (Saraceno, 1998b; 2001b; Kinoshita, 2001; Mângia, 2002).

As estratégias para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares se baseiam nos princípios norteadores sugeridos pela Organização Mundial de Saúde – OMS - e pela Política de Saúde Mental Brasileira que foi internacionalmente validada e reconhecida. Em 2001, a OMS em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde, apresentou o Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Este relatório sugeriu diretrizes para a construção de projetos terapêuticos e para a organização dos serviços de saúde mental.

O tratamento deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo (...) mas estas mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do paciente (...) cada intervenção tem uma indicação específica (...) cada intervenção deve ser usada numa quantidade determinada (...) cada intervenção deve ter uma duração determinada (...) devem-se monitorar periodicamente a adesão ao tratamento e os resultados esperados de cada intervenção (OMS, OPAS; 2001; p. 59).

Em relação às diretrizes para construção de projetos terapêuticos se propõe que as ações devam ser direcionadas para as possibilidades de mudanças e crescimento capazes de transformar a situação existencial da pessoa em seu contexto de vida. Mângia (2002) sugere a adoção dos seguintes eixos norteadores: a centralidade da ação na pessoa em seu contexto real de vida; a relação de parceria entre terapeuta e pessoa com transtorno mental; o estabelecimento de um contrato de trabalho com metas dotadas de sentido para o desenvolvimento da vida da pessoa com transtorno mental e por fim as avaliações periódicas.

Em relação às diretrizes para a organização dos serviços de saúde mental, de acordo com Saraceno (2001b), existem dois grandes grupos de variáveis que determinam os resultados das intervenções: uma micro, relacionada à qualidade da relação entre profissionais e usuários, a afetividade, a continuidade e o vínculo que se desenvolvem e outra macro, que diz respeito à maneira como o serviço está organizado, a forma como acolhe os usuários, se funciona ou não de forma aberta e em rede, se responde de fato às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

## **ii. Componentes da prática e desafios**

Para Cunha (2007) a construção do PTS se dá inicialmente nas reuniões onde participam todos os membros da equipe a partir de uma discussão e atuação integradas. Neste momento todos deveriam ter voz ativa e contribuir para que sejam abordados diversos aspectos do sujeito que vão além da questão diagnóstica e medicamentosa. A partir de um entendimento ampliado sobre o sujeito em questão são elaboradas propostas de ações.

É na construção do projeto terapêutico que se faz a síntese e articulação das competências genéricas, ou seja, aquela que qualquer profissional do campo da saúde como cuidador possui e a específica, aquela que corresponde ao núcleo profissional. Este processo exige da equipe uma abertura para negociação, inclusive com relação a valores e formas de ver o mundo (Merhy, 1999; Oliveira, 2007; p. 66).

É importante que as equipes tenham clareza em relação ao papel desempenhado e as prioridades de ação, utilizem sistemas compartilhados e

homogêneos de registros do andamento e evolução das intervenções, convoquem o usuário e seu contexto social para engajamento ativo na construção das intervenções e estejam constantemente em formação para o desenvolvimento profissional contínuo além da interlocução com equipes de outros equipamentos, sejam sociais ou de saúde. As características necessárias ao bom funcionamento das equipes estão relacionadas ao cenário institucional, ao estilo de liderança e ao grau de interlocução com outras equipes (Thornicroft, 2009).

Diante do engajamento entre os distintos profissionais e instituições, Cunha (2007) propõe que o PTS seja desenvolvido a partir de algumas etapas. São elas: 1) a elaboração do diagnóstico situacional, que contempla os aspectos orgânicos, psíquicos e do contexto do sujeito singular. Este momento deve tentar compreender como o sujeito se posiciona diante das forças que o atravessam, sejam elas relativas aos desejos ou interesses ou relativas à cultura, ao trabalho, e família na qual está inserido; 2) a negociação de metas com o sujeito em questão de curto, médio e longo prazo. Sugere que alguém da equipe que possua o melhor vínculo com o sujeito realize esta tarefa; 3) a divisão de responsabilidade em relação às ações a serem desenvolvidas; 4) reavaliação periódica para ajuste de propostas e metas com relação ao caso (p. 186).

Assinala ainda que os profissionais de saúde devem ampliar e qualificar sua escuta, oferecendo espaço para idéias e manifestações criativas do usuário. Como estratégia aponta para o processo de construção de uma “anamnese ampliada”, recurso que possibilita a coleta de uma história que caminhe para além das questões diagnósticas tradicionais. Conhecer os

projetos, sonhos e desejos do usuário, suas atividades de lazer e condições relativas à sobrevivência tais como moradia, trabalho, renda, entre outros, e saber as instituições as quais ele está inserido, por exemplo, podem ser indicativos das condições de saúde e de vida daquela pessoa e contribuir para a elaboração de ações entre profissional e usuário na construção do PTS (Cunha, 2007).

A utilização desta estratégia pode desempenhar, logo de início, uma função terapêutica. De acordo com o autor, quando o usuário consegue se expressar e é acolhido, é aberta a possibilidade de elaboração e entendimento com relação ao seu sofrimento / problema de saúde. É possível que juntos, profissional e usuário, consigam descobrir estratégias para superação das dificuldades colocadas no cotidiano a partir das limitações trazidas pelo problema (Cunha, 2007).

Por fim assinala que o profissional deve avaliar as ofertas realizadas aos usuários para que as mesmas possam ir ao encontro das necessidades de saúde apresentadas (Cunha, 2007).

Diante de toda complexidade apresentada, um dos maiores desafios para a construção de projetos terapêuticos reside na superação do uso de tecnologias duras que corroboram para o empobrecimento do núcleo cuidador (Merhy, 1999).

Já em relação ao funcionamento das equipes de saúde, são vários os desafios que merecem destaque:

- A) Responsabilização de maneira contínua em relação ao usuário;

- B) Divisão de responsabilidades para todos os membros da equipe;
- C) Necessidade da equipe em romper com práticas que objetivem soluções imediatistas. Para o desenvolvimento de uma abordagem integral é necessária a realização de vários encontros para que o vínculo de confiança entre usuário e profissional seja construído e que a partir desta relação às informações importantes possam aparecer;
- D) A equipe deve acreditar realmente na possibilidade de transformação da situação de vida do usuário;
- E) Respeito ao ritmo do usuário e a necessidade de compreensão de que este tipo de proposta demanda criatividade e flexibilidade das equipes.

(Cunha, 2007; p.88 – 89).

O conjunto de contribuições apresentadas até aqui, pode oferecer subsídios para a discussão dos projetos terapêuticos singulares no campo da saúde mental. Esta interlocução será realizada no momento da apresentação e discussão dos dados da pesquisa.



***CONFIGURAÇÃO  
METODOLÓGICA E  
DE ANÁLISE DOS  
DADOS***

### **3. Configuração Metodológica e de Análise dos Dados**

O trabalho se configura como uma investigação qualitativa nos métodos e formas de encaminhamento, pois buscou apreender como os sujeitos da pesquisa organizam, descrevem e atribuem significado as suas práticas cotidianas de trabalho. Mais especificamente adotou a postura etnometodológica, na medida em que foi dada ênfase para a experiência vivida como campo para o processo de reflexão. A intenção inicial foi o desenvolvimento de um trabalho exploratório, sobre os mecanismos adotados pelos profissionais para o desenvolvimento das práticas cotidianas em serviços do tipo CAPS (Haguette, 1987; Minayo, 1992; Guessier, 2003; Ratton, 2007; Denzin & Lincoln, 2007; Ceia, 2008; Gibbs, 2009).

#### **A. Pesquisa Bibliográfica**

Na tentativa de buscar a compreensão do objeto foi realizada revisão bibliográfica referente ao tema “Projetos Terapêuticos” no campo da saúde mental e da saúde coletiva e de temas de contextualização que forneceram subsídios à construção das bases teóricas da pesquisa.

O estudo bibliográfico foi desenvolvido ao longo dos anos de 2008, 2009 e 2010, com vistas à preparação do material para qualificação, construção das bases teóricas da pesquisa e elaboração do material final da dissertação.

Foram consultadas as bases de dados: Scielo, LILACS, Base de dados de teses e dissertações da USP e da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Foram consultados ainda livros.

As palavras chaves utilizadas para a pesquisa nas bases de dados foram: projeto terapêutico, intervenção psicossocial, clínica ampliada, CAPS, empowerment, método de trabalho em saúde mental, prática centrada na pessoa, clínica do sujeito and saúde mental e serviços comunitários de saúde mental. Foram encontrados aproximadamente 200 artigos. Após leitura de todos os resumos disponíveis nas bases de dados, foram selecionados aproximadamente 15 artigos. A seleção foi baseada nos conteúdos apresentados em cada um deles. Foram privilegiados aqueles que apresentam contribuições para as novas estratégias de cuidado em saúde mental, de acordo com as diretrizes da OMS e do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, mudança do modelo de assistência em saúde e produção de novas relações de trabalho entre os profissionais. São textos que expressam o consenso internacional sobre as formas mais adequadas de organizar serviços de saúde mental, seus princípios e diretrizes. É importante mencionar que em todos os artigos que apresentavam no título o termo “Projeto Terapêutico” não foi encontrada esta mesma terminologia nas palavras – chaves apontadas pelos autores.

Embora presente na prática cotidiana dos serviços territoriais de saúde mental, o estudo bibliográfico mostrou que o tema ainda é pouco discutido na literatura.

## **B. Entrevistas**

Neste estudo, a realização de entrevistas semi-estruturadas visou conhecer as experiências difundidas através da cultura oral dos trabalhadores de serviços de saúde mental. Interessou-nos colher narrativas capazes de auxiliar na realização de um mapeamento sobre como os trabalhadores de saúde mental concretizam, em sua prática cotidiana, as diretrizes propostas pelo processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro bem como pelo SUS (Gibbs, 2009).

No período de setembro a novembro de 2009 foram realizadas treze entrevistas com profissionais que atuam no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental (CAPS II ou III do Estado de São Paulo), em locais propostos pelos próprios entrevistados e de acordo com a disponibilidade de horário de cada um. Foram entrevistados profissionais de cinco categorias: assistência social, enfermagem, psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional.

Foram convidados a participar das entrevistas profissionais que atuam em instituições distintas, identificados pelo compromisso com o processo de reforma psiquiátrica. Esta opção se justifica pela hipótese de que por se tratarem de profissionais identificados com este processo e que atuavam em CAPS na época da coleta de dados, eles poderiam fornecer informações referentes à experiência prática que se colocassem em maior proximidade com as orientações propostas pelas diretrizes da atual política de Saúde Mental.

A intenção da pesquisa foi a de conhecer as práticas de construção de projetos terapêuticos presentes na rede dos CAPS. Não houve a intenção em

detalhar, conhecer ou comparar estes diferentes serviços, pois existiu um reconhecimento prévio sobre a grande homogeneidade entre eles, sobretudo em relação às formas de organização do trabalho, gestão, recursos humanos e físicos.

Assim, os profissionais foram selecionados a partir da rede de contatos do Laboratório de Investigação em Saúde Mental do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O convite para participação foi feito por meio de ligação telefônica e contemplou informações em relação ao projeto de pesquisa.

O roteiro utilizado nas entrevistas (anexo II) pretendeu possibilitar que cada profissional descrevesse seu processo de trabalho e, nele, como são elaborados e desenvolvidos os projetos terapêuticos, bem como proporcionar elementos para a reflexão sobre as abordagens utilizadas. Foi elaborado de forma a possibilitar que o entrevistado elegesse tanto a ordem das respostas quanto as questões a serem respondidas, ou seja, o roteiro não foi apresentado de forma seqüencial, mas de forma circular.

No momento da realização da entrevista, foi apresentado ao profissional o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I), que trata da contextualização e objetivos da pesquisa. Abriu-se espaço para discussão sobre eventuais dúvidas em relação ao aceite e outras informações consideradas relevantes.

Posteriormente foi apresentado o roteiro da entrevista para que os profissionais pudessem tomar contato com as questões propostas e esclarecer eventuais dúvidas. Após estas etapas e com a autorização do profissional, era

ligado o gravador para registro dos dados, já que se trata de um instrumento que tende a diminuir, ou mesmo anular, a possível interferência do pesquisador no manejo das informações (Queiroz, 1991a).

A pedido dos profissionais, em alguns momentos tais como: interferências externas, desconforto e necessidade de maior elaboração com relação a alguma questão, o gravador foi desligado.

Ao final da entrevista, já com o gravador desligado, houve um momento de maior interação entre entrevistador e entrevistado de forma a possibilitar um reconhecimento mútuo. Os conteúdos desta etapa não foram incluídos no material para análise, contudo contribuíram para compreender aspectos da situação vivida pelos profissionais.

Os dados coletados foram transcritos de maneira integral e estão disponíveis a consulta em volume separado.

### **C. Análise dos Dados**

Compreende-se que os documentos obtidos a partir da transcrição das entrevistas podem receber distintos tratamentos em relação às formas de organização e análise, tendo como referência o ponto de partida do pesquisador, seus objetivos e hipóteses. Nesta pesquisa optou-se em trabalhar com a proposta de Análise de Conteúdo (Queiroz, 1991b; Minayo, 1992).

Foram desenvolvidas as três etapas propostas por Minayo (1992) para realização da análise de conteúdo: organização dos dados a partir das transcrições e leitura minuciosa do material; classificação dos dados a partir do que foi considerado relevante em consonância com o objeto da pesquisa e as bases teóricas estudadas e, por fim, a realização do diálogo entre os dados coletados e as bases teóricas da pesquisa a fim de responder a questão inicial da mesma bem como os objetivos propostos.

Assim, após transcrição integral das entrevistas foram estabelecidas categorias de análise que dialogam tanto com objetivos da pesquisa quanto com o que foi dito pelos profissionais durante as entrevistas. Para cada categoria foi elaborado um texto discursivo para que os dados pudessem ser apresentados ao leitor.

Cada entrevista foi lida três vezes. Já na primeira leitura os conteúdos referentes às categorias de análise elencadas foram destacados. A segunda leitura foi realizada de maneira mais global e, na terceira, os conteúdos foram retirados do texto e inseridos numa tabela, com todas as categorias já subdivididas.

A decomposição dos conteúdos apresentados pelos entrevistados teve como objetivo, a princípio, apreender as descrições e concepções do contexto de trabalho e práticas desenvolvidos. É importante ressaltar que se buscou a maior aproximação possível com relação às práticas. No momento da análise dos dados novas composições foram organizadas, a partir do diálogo entre os dados e as bases teóricas da pesquisa.

O tratamento dado às entrevistas priorizou a análise temática, que se refere à identificação dos temas que apareceram na fala dos entrevistados, necessários para a elaboração das categorias a serem analisadas (Minayo, 1992; Gibbs, 2009).

Para sustentar uma melhor apreensão dos conteúdos apresentados, foi levado em consideração o fato de que o sujeito expressa um conhecimento elaborado no momento da entrevista, carregado de incertezas e contradições e muitas vezes pode não se sentir confortável para se colocar no ambiente criado a partir da relação dinâmica entre entrevistador e entrevistado (Minayo, 1992).



#### **D. Aspectos Éticos**

De acordo com as normas para pesquisa propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, tanto o projeto de pesquisa quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram aprovados pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP – CAPPesq, em 23 de março de 2009, sob protocolo nº. 0080/09 (anexo III).

De acordo com o conteúdo do Termo de Consentimento, para apresentação dos dados foi retirado qualquer tipo de informação que possa vir a identificar os sujeitos que se submeteram a realização das entrevistas.

***APRESENTAÇÃO E  
DISCUSSÃO DOS  
DADOS***

## 4. Apresentação e Discussão dos Dados

### A. Perfil dos Entrevistados

Foram realizadas treze entrevistas com profissionais inseridos em sete CAPS situados nos municípios de Campinas (1), Guarulhos (1) e São Paulo (5). As entrevistas estão distribuídas da seguinte maneira em relação às categorias profissionais: dois Assistentes Sociais, dois Enfermeiros, dois Médicos Psiquiatra, três Psicólogos e quatro Terapeutas Ocupacionais (Quadro I).

*Quadro I – Número de profissionais por categoria de acordo com o município de atuação*

<b>Município de atuação / Categoria Profissional</b>	<b>Campinas</b>	<b>Guarulhos</b>	<b>São Paulo</b>
Assistente Social	0	0	2
Enfermeiro	0	1	1
Médico Psiquiatra	0	0	2
Psicólogo	0	1	2
Terapeuta Ocupacional	1	1	2

Dentre eles oito mulheres e cinco homens. Nove têm entre 24 e 29 anos, três entre 50 e 56 anos e um com 38 anos. Quanto ao tempo de atuação no campo da saúde mental, nove profissionais têm entre 2 e 6 anos, dois com

aproximadamente 20 anos, um tem 10 anos e um não referiu o tempo de atuação.

A maioria dos entrevistados tem sua formação recente na graduação e contemporânea à implementação da atual política de saúde mental. Apenas dois acompanharam a criação dos serviços substitutivos e a mudança da estruturação da rede de saúde mental, no final da década de 1980.

Observou-se um grande investimento na formação em pós-graduação *Latu Sensu*. Seis profissionais possuem um ou mais cursos concluídos, nas seguintes áreas: residência médica em psiquiatria, saúde pública, psicanálise, saúde mental multiprofissional, terapia ocupacional dinâmica, e sócio – psicologia. Com relação à pós-graduação *Strictu Senso*, um é mestre em Enfermagem Psiquiátrica e dois estão inseridos em programas de mestrado, com projetos de pesquisa relacionados ao campo da saúde mental. Quatro deles não possuem nenhuma pós – graduação.

Diante desta configuração, doze deles citaram distintas perspectivas teóricas e autores que os orientam para o desenvolvimento do trabalho. São elas: Psicanálise, Sócio – Psicologia, Desinstitucionalização Italiana, Materialismo – Histórico, Reabilitação Psicossocial, perspectiva Marxista, perspectiva Foucaultiana, Esquizoanálise a partir das obras de Deleuze, Guattari e Sueli Rolnik, Espinoza e Bérghson.

Podemos observar que as referências apontadas não estão inseridas apenas no campo da saúde, mas também, da sociologia e filosofia e que mesclam escolas teóricas e autores de referência.

O profissional que não nomeou a base teórica utilizada relatou que sua prática está ancorada no conceito de autonomia compreendido da seguinte maneira:

(...) quanto mais recursos esse individuo tiver para poder construir possibilidades para a vida dele, de se relacionar, de se desenvolver, de bancar as escolhas na vida, mais saudável mentalmente ele é, então quanto mais autonomia, quanto mais possibilidade dele fazer alianças e estabelecer relações com pessoas nos mais diferentes lugares no contexto de vida, família, meio social, relação amorosa, trabalho, mais saudável mentalmente ele é (Entrevista 9, p. 4 / 5).

Por fim, é importante mencionar que o conceito apontado pelo entrevistado dialoga com aquele proposto por Kinoshita (2001) e Campos & Amaral (2007), que compreendem a autonomia como a capacidade do indivíduo gerar normas para a própria vida além de gerenciar sua rede de dependências a fim de estabelecer trocas sociais.

## B. Contexto de Trabalho dos Entrevistados

Uma vez que a pesquisa foi desenvolvida com profissionais que atuam em CAPS é importante apresentar algumas características deste contexto, tais como: os aspectos estruturais das instituições e a forma de organização das equipes e dos processos de trabalho.

### i. Aspectos estruturais

De acordo com a distribuição apresentada no Quadro II, sete profissionais atuam em CAPS do tipo II<sup>4</sup> e seis em CAPS do tipo III.

*Quadro II – Distribuição dos profissionais em relação às diferentes modalidades de serviços do tipo CAPS.*

<b>Tipo de CAPS / Categoria Profissional</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>
Assistente Social	1	1
Enfermeiro	1	1
Médico Psiquiatra	0	2
Psicólogo	3	0
Terapeuta Ocupacional	2	2

Das sete instituições, seis são administrados pelo poder público em parceria com Organizações Sociais (O.S.'s), que tem como atribuição o gerenciamento do serviço, tanto administrativa quanto tecnicamente, além da

<sup>4</sup> Observa-se que um dos CAPS II apresenta horário de funcionamento diferenciado: é aberto de segunda a sábado, das 7 às 19h.

contratação e qualificação de recursos humanos para atuação direta com a população assistida. Cinco possuem supervisor ou consultor externo para auxiliar na reflexão sobre os casos e a resolução de questões institucionais.

Com relação ao tempo de funcionamento, dois CAPS existem a menos de 2 anos; outro existe há 8 anos. Os demais profissionais não apresentaram dados referentes a este aspecto.

Em relação à área de abrangência, cinco profissionais mencionaram que seus serviços abrangem entre 400 e 700 mil pessoas. Como consequência o número de usuários matriculados nestes serviços excede sua capacidade e coloca dificuldades no desenvolvimento do trabalho cotidiano.

Profissionais de cinco serviços diferentes avaliam que as populações atendidas em cada um deles, apresentam distintas necessidades, sobretudo aquelas relacionadas aos aspectos econômicos, habitacionais, trabalhistas, sociais e de saúde geral. Identificam também a precariedade da rede assistencial e dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Por fim, três das sete instituições são referência para cinco Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT<sup>5</sup>.

Diante do exposto, torna-se fundamental o desenvolvimento de uma discussão sobre distintos aspectos considerados importantes. Os destacados aqui dizem respeito: a presença das Organizações Sociais na administração dos serviços; aos processos de qualificação da assistência e das equipes e aos limites impostos pela sobrecarga de usuários de referência para cada instituição.

---

<sup>5</sup> Tratam-se de casas, preferencialmente inseridas na comunidade, destinadas a moradia de pessoas egressas de longas internações psiquiátricas que perderam os vínculos familiares e de rede social necessários a viabilização de sua vida cotidiana fora do Hospital Psiquiátrico (Portaria GM no. 106 do ano de 2000).

As situações apresentadas apontam para possíveis problemas relacionados à gestão de serviços sob responsabilidade de O. S.'s. Atualmente no país e mais especificamente no Estado de São Paulo, existe uma ampla discussão sobre o papel das O.S.'s na administração de serviços públicos, especialmente os de saúde. No ano de 1998, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado defendeu mudanças em relação ao papel do Estado a partir do desenvolvimento de alianças estratégicas com as organizações sociais como principal estratégia para implementação de um novo modelo de administração pública (Brasil, 1998).

Um dos limites desta parceria público – privada pode se dar na dificuldade de cumprimento e sustentação do projeto de implementação do SUS, instituído na Constituição de 1988, principalmente pela sobreposição dos interesses privados em relação àqueles que são públicos. Neste contexto, as equipes vivenciam problemas decorrentes também dos diferentes contratos de trabalho. Os profissionais vinculados a estas organizações estão submetidos a contratos vulneráveis e sujeitos a rupturas a qualquer momento. Outro aspecto importante diz respeito a quem devem responder, se aos interesses das O.S.'s ou do SUS.

Este debate torna-se relevante na medida em que seis das sete instituições nas quais os profissionais exercem suas atividades são gerenciadas por O.S.'s e não se pode deixar de considerar o impacto que este tipo de gestão pode ter no desempenho dos trabalhadores, na organização dos serviços e em sua relação com os usuários.

Profissionais relataram que em cinco serviços existe investimento na qualificação da gestão e da atenção oferecida a partir do trabalho de um



supervisor ou consultor externo. Estes processos são sustentados por verba específica destinada aos municípios. Foram institucionalizadas pela portaria GM 1174/05, que propicia o desenvolvimento de projetos de qualificação e supervisão clínico – institucional (Ministério da Saúde, 2005).

O investimento na qualificação da rede assistencial é fundamental, pois os profissionais devem estar em contato e em diálogo com as mudanças propostas pelo processo de Reforma Psiquiátrica, em seus aspectos culturais, políticos e práticos. Novas profissões são necessárias para que estas transformações aconteçam e tragam impacto positivo para a vida das pessoas com transtorno mental.

Em todos os serviços os processos de qualificação merecem destaque. Sobretudo os serviços novos, como é o caso de dois aqui apresentados, que requerem: investimento no tempo e na disponibilidade, fundamentais aos processos de interação entre os profissionais; o conhecimento das áreas de abrangência, população de referência, necessidades de saúde, outros serviços da rede de saúde e de outros setores; qualificação e formação em diálogo com as transformações propostas pelo novo modelo.

Com relação às áreas de abrangência de cada serviço, de acordo com dados da Área Técnica de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2009), o CAPS II é proposto para 100 mil habitantes e o CAPS III para 150 mil habitantes. Contudo os profissionais mostraram que os serviços assumem demanda bem acima do preconizado.

É importante refletir sobre o impacto desta situação na assistência oferecida e no papel do CAPS. É impossível para um serviço assumir uma área de 700 mil habitantes e ser efetivo e substitutivo ao hospital psiquiátrico. Como

um serviço em tais condições, pode oferecer para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, a possibilidade de serem cidadãos, de terem suas necessidades ouvidas e assistidas?

## **ii. Forma de organização das equipes e processos de trabalho**

Foram identificadas grandes diferenças entre os serviços com relação ao número de trabalhadores nas instituições. Em um extremo identificou-se equipes com o número de trabalhadores muito acima do mínimo proposto pela portaria GM 336/ 2002, como é o caso de um CAPS II com mais de 100 funcionários e um CAPS III com aproximadamente 60 funcionários. Por outro lado há em média uma composição entre 20 e 30 trabalhadores nos demais serviços, exceto um, do qual não se obteve informação sobre este aspecto.

As equipes são multiprofissionais e nucleadas nos profissionais de nível superior. São compostas pelas seguintes categorias: psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, assistência social e farmácia. Algumas diferenças entre as equipes se relacionam a ausência e flutuação de alguns profissionais em determinados momentos.

Os profissionais identificaram diferenças entre a equipe técnica e de apoio, que é composta por profissionais de nível médio com destaque ao papel do auxiliar de enfermagem. Há também a presença do oficineiro nas equipes.

De acordo com características de cada serviço, notam-se diferenças em relação à composição das equipes, mas que não comprometem o estilo de trabalho adotado.

Cinco profissionais relataram que suas equipes de trabalho se organizam para atender e se responsabilizar pelo o número total de usuários da área de abrangência do serviço. Para isso as equipes são divididas em sub – grupos de acordo com os seguintes modelos: 1) organização em 3 mini-equipes de referência para determinadas micro-áreas; 2) organização em duplas de referência que se responsabilizam pelos usuários vindos das várias unidades de saúde do território de abrangência da instituição; 3) organização em equipe da manhã e equipe da tarde para cobertura do turno integral de funcionamento da instituição; 4) organização em 4 mini-equipes, sendo que uma delas desenvolve o trabalho prioritariamente junto às unidades de saúde da região, a partir de atividades de matriciamento.

Todos os profissionais adotaram a noção de “referência” para designar os trabalhadores ligados mais diretamente ao processo de construção do projeto terapêutico de cada usuário.

Dois profissionais caracterizaram suas equipes como jovens, tanto em relação à idade dos profissionais como em relação a suas experiências de trabalho.

Dois profissionais enfatizaram a importância da participação do coordenador do serviço para o bom relacionamento e entrosamento da equipe e também para a produção de respostas assertivas diante das necessidades apresentadas pelos usuários.

A partir da síntese apresentada é possível realizar alguns apontamentos.

Os dados referentes ao número de trabalhadores alocados em cada instituição apresentam significativas variações. A equipe mínima proposta pela portaria GM 336/2002 implica na cobertura de CAPS II e III para uma

população entre 70 e 200 mil e acima de 200 mil habitantes respectivamente. Contudo esta não é a realidade dos profissionais entrevistados e talvez por isso algumas equipes apresentem número elevado de trabalhadores.

Também foram assinaladas diferenças entre o número de profissionais nas equipes de CAPS II e III. Independentemente de peculiaridades territoriais e regionais, supõe-se que a complexidade de um serviço do tipo CAPS III, sobretudo em decorrência de seu funcionamento 24 horas e o oferecimento de hospitalidade noturna, exija maior número de profissionais em relação a um serviço do tipo CAPS II. Contudo o relato dos profissionais contrariou esta suposição.

Quanto ao modo de organização, os serviços são homogêneos na articulação da prática multiprofissional e na organização em mini-equipes.

A forma como os trabalhadores se relacionam no cotidiano de trabalho representa grande fator de impacto para a transformação da assistência e da produção de saúde. A construção de novas tecnologias de cuidado mobiliza dois núcleos tecnológicos: os núcleos profissionais e o núcleo cuidador. Compreender o profissional de apoio como um membro da equipe de trabalho, dar voz a ele nas reuniões, estabelecer parcerias e pactuações são aspectos fundamentais para que o núcleo cuidador, condição *sine qua non* para o desenvolvimento de boas práticas, esteja presente no cotidiano institucional (Merhy e Franco, 2003; Merhy, 2005).

O termo “profissional de referência” foi utilizado para nomear a responsabilidade e proximidade a determinados usuários no desenvolvimento de seu projeto terapêutico. Compreende-se, assim, que ser um profissional de referência remete a um agir baseado em ações de cuidado, tais como: acolher,

estar presente nas situações vulneráveis e responsabilizar-se, junto com o usuário pela condução de sua própria vida compreendendo que, para além de uma doença existe uma pessoa, inserida num contexto sócio – histórico – cultural (Merhy e Franco, 2003; Merhy, 2005).

Por fim, tem-se que os estilos de gerenciamento das instituições também têm papel fundamental na organização do trabalho das equipes e na definição de metas e prioridades para o desenvolvimento das ações, sobretudo nos serviços de saúde mental que dependem fundamentalmente de recursos humanos para a sustentação de boas práticas (Thornicroft, 2009).

## **C. Projetos Terapêuticos**

Conhecer as características e mecanismos de desenvolvimento de projetos terapêuticos constitui o núcleo central de interesse da pesquisa. Para melhor apresentar os dados coletados, foram definidos os seguintes núcleos temáticos: 1) concepções teóricas sobre a construção e desenvolvimento de projetos terapêuticos; 2) aspectos relacionados à prática cotidiana de construção de projetos terapêuticos; e 3) possibilidades e limites enfrentados a partir da construção e desenvolvimento de projetos terapêuticos.

A organização da apresentação dos dados a partir destes núcleos propiciará diálogo com os objetivos da pesquisa e com os conteúdos trazidos pelos profissionais.

### **i. Concepções teóricas sobre a construção e desenvolvimento de projetos terapêuticos**

(...) ele consiste (no) acompanhamento longitudinal, que engendra (o) processo de relação do usuário com o serviço onde vai se potencializando os recursos que o usuário tenha e (...) diminuindo ou procurando minimizar as dificuldades, desenvolver as habilidades, desenvolver a rede de suporte (...) uma questão no projeto terapêutico (é) como (o) usuário pode dar continuidade no seu projeto (em) situação de rede, quer dizer, que ele tenha vínculos aqui (no caps) mas que isso não exclua o vínculo dele com outros serviço de saúde e de qualquer outra área, de esportes, de cultura, de lazer, de trabalho, de educação existentes no território, onde ele também possa se inserir como parte do projeto singular (Entrevista 12, p.3).

A opção em iniciar a exposição a partir deste trecho de entrevista se deve a constatação de que ele contempla conteúdos que sintetizam muito bem aqueles apresentados pelo conjunto de profissionais. Aqui será enfatizado o conteúdo teórico, relacionado ao campo das idéias, relatado pelos profissionais, que diz respeito a: missão, definição, objetivos, princípios, diretrizes e desafios para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos.

De forma geral, o projeto terapêutico foi apontado como ferramenta que estrutura e orienta o acompanhamento dos usuários no CAPS e auxilia na reflexão sobre os casos. Um dos profissionais considerou também que o projeto terapêutico deve ser a base para construção do projeto institucional.

Houve consenso de que o projeto terapêutico deve ser singular, por ser elaborado a partir das necessidades específicas de cada usuário, num dado momento.

Quanto aos seus objetivos, três profissionais colocaram que estão relacionados a melhorar as condições de vida da pessoa em situação de sofrimento para que ela possa circular e ser incluída em diferentes ambientes e contextos. Assinalam também a possibilidade direta de transformação do lugar dos sujeitos, tirando-os do papel de doente, para que possam ser reconhecidos a partir de suas singularidades enquanto pessoas.

Como princípio, o projeto terapêutico deve ser desenvolvido junto com o usuário, a partir da relação que é estabelecida entre ele, o profissional e equipe. Apenas um profissional referiu que o projeto terapêutico também deve incorporar as necessidades apresentadas pela família.

Outros dois princípios foram apontados como relevantes: a importância da crença, por parte do profissional, de que a pessoa possa ser protagonista na

construção de sua história e o investimento na construção da autonomia. Como estratégias para o desenvolvimento de projetos terapêuticos foram apontados: o resgate da história de vida, a escuta dos desejos, e a identificação de possibilidades e dificuldades de cada pessoa, necessários ao resgate de uma visão de mundo, de sociedade e de cidadania para o usuário.

O projeto terapêutico deve ser entendido ainda enquanto processo flexível, passível de mudanças ao longo do tempo, além de ser periodicamente avaliado.

processual não quer dizer que a gente tenha todo o tempo do mundo (...) , porque as vezes a gente (entende) o processual (como) infinito que eu não preciso definir quais são as minhas metas pros próximos três meses ou então é “Pá-pum”, é prescritivo, nem tanto o céu nem tanto a terra, acho que tem que escutar e ir traçando pequenos objetivos junto, lado a lado (Entrevista 11, p.11).

Quanto ao protagonismo e o papel do profissional de referência, foram apontadas: a necessidade de conhecer fatos da história de vida e da situação atual do usuário e também poder contar com o apoio dos demais profissionais da instituição, além de ocupar o lugar de articulador do projeto terapêutico.

Apenas um profissional apresentou uma concepção que parece não ser comum ou até mesmo contrária a perspectiva adotada pelos demais. Apontou como necessidade para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos a utilização de classificações diagnósticas. Remeteu a duas delas: os “neuróticos” e “psicóticos”. Afirmou ainda que dentro destas categorias também devem ser observadas as singularidades de cada usuário.



Para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos foi considerada a sua divisão em etapas como um fator organizador e a possibilidade de sua sistematização em passos de acordo com as condições do sujeito em cada momento, com destaque para a ampliação das relações sociais, a intervenção em oficinas, o trabalho com famílias e o desenvolvimento profissional.

Para um dos profissionais, o grande desafio está relacionado à necessidade de superação da lógica empregada nos processos de construção da saúde e conseqüentemente dos projetos terapêuticos.

as pessoas tem uma intenção maravilhosa, fazer o projeto terapêutico (...) o projeto terapêutico pode ser uma grade (de atividades), pode ser prescritivo (...) qual que é o nosso desafio no meu contexto de trabalho? superar o prescritivo que parece que é simples mas no dia a dia aparece o tempo todo, superar (a prescrição) que é a mesma da lógica médica, pra esse sintoma este remédio, para este problema esta atividade, para esta dificuldade, esse acompanhamento (Entrevista 11, p.4).

A esta reflexão se agregam os desafios para o desenvolvimento do trabalho no território, para o qual não basta a identificação de atores e recursos, mas sua articulação e interação.

De forma geral, as concepções apresentadas pelos profissionais se aproximam àquelas sugeridas pelos autores de referência, contudo faz-se necessário discorrer mais especificamente sobre alguns aspectos.

O primeiro diz respeito ao lugar ocupado pelo projeto terapêutico no interior das instituições. É a partir dele que o acompanhamento do usuário se estrutura, que as ações de cuidado são pensadas, que abre-se a possibilidade do desenvolvimento de uma relação horizontal entre usuário e profissional. Conseqüentemente compreende-se também, que a partir dele deveriam ser

estruturadas as formas de agir dos profissionais, e o desenvolvimento de qualquer ação.

O segundo diz respeito à necessidade de participação de todos os membros da equipe, seja ela técnica ou de apoio, no momento da construção do projeto terapêutico, afinal, é por meio dele que se faz a síntese e articulação das competências genéricas, correspondentes ao núcleo cuidador, com aquelas específicas, correspondentes a cada núcleo profissional. Este processo exige grande maturidade dos profissionais, sobretudo no que diz respeito à escuta, negociação e pactuação de uma ética comum (Merhy, 1997a,b; 2005; Merhy e Franco, 2003; Oliveira, 2007).

Um dos grandes pontos positivos, a partir da escuta de todos os membros da equipe, está relacionado à possibilidade de concretização, na prática cotidiana, do princípio da integralidade. Quanto mais informações e perspectivas são colocadas sobre determinado caso, maior a possibilidade do oferecimento de abordagens assertivas e resolutivas. Cada profissional desenvolve um tipo de vínculo com determinado usuário e, em decorrência disso, constrói uma determinada percepção em relação à pessoa. Quanto maior o número de perspectivas, maior a possibilidade da complexidade de determinado assunto ser apreendida (Merhy, 2005; Cecílio, 2006; Cunha 2007).

O terceiro diz respeito à necessidade da equipe em superar o desenvolvimento de práticas que objetivem soluções imediatistas e que remetam ao modelo biomédico. A construção das respostas, na perspectiva das boas práticas, é feita de forma compartilhada, respeitando o tempo do

usuário em perceber em que precisa ser ajudado, suas limitações e possibilidades (Merhy, 2005; Cunha, 2007).

Para além da classificação diagnóstica, o conceito de diagnóstico situacional parece mais funcional para este tipo de abordagem que tem como intuito a transformação da lógica de cuidado. Pensar numa situação específica significa abarcar toda complexidade inserida nela. Implica pensar aspectos de moradia, de condições de vida, de relações familiares e de rede social, perspectivas da pessoa, desejos, sonhos, atividades cotidianas dentre outros. Compreende-se que reduzir toda esta complexidade numa dada classificação diagnóstica não resolve e nem melhora a possibilidade de vida e futuro das pessoas em situação de sofrimento (Merhy, 1999; Cunha, 2007; Oliveira 2007).

O quarto diz respeito à necessidade da programação de metas a curto, médio e longo prazo, em relação ao tempo de tratamento ou cuidado. As necessidades mudam conforme a vida acontece e desta forma, tanto as metas quanto as propostas de ação devem ser revistas periodicamente para não se tornarem obsoletas e deixarem de ser funcionais para a vida do usuário (OMS, OPAS, 2001; Mângia, 2002, Cunha, 2007).

O quinto diz respeito à clareza quanto às prioridades de ação e dos papéis, tanto por parte da equipe, do usuário e de sua rede social. Considera-se que a rede social do usuário é parceira fundamental para pensar e definir estratégias de cuidado, além do apoio nas situações de maior tensão. Todos são atores e protagonistas dos processos de mudança. Toma-se aqui como ponto de partida a posição adotada pela OMS (2001), que propõe que as abordagens em saúde mental devem considerar concomitantemente a pessoa, a família e seu contexto.

As ações devem caminhar no sentido de busca de autonomia, inclusão social, contratualidade e possibilidade de vida digna e cidadã. Trata-se, definitivamente, de uma mudança de paradigma.

A cidadania, neste caso, é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de qualquer abordagem e para tanto, pensar sobre os fatores de proteção em relação aos processos de desfiliação e vulnerabilidade e evitar fatores de risco psicossocial são o ponto de partida para construção dos projetos terapêuticos (Saraceno, 1998a; 2001b).

## **ii. Aspectos da prática cotidiana sobre a construção de projetos terapêuticos**

Neste item serão apresentadas as descrições relatadas pelos profissionais sobre a operacionalização e desenvolvimento de projetos terapêuticos em seus cotidianos de trabalho.

Para a maior parte dos profissionais, as reuniões de equipe se configuram como espaços privilegiados para as discussões e planejamento dos projetos terapêuticos. Nos serviços nos quais a organização do trabalho e a divisão das tarefas é feita a partir da divisão em mini-equipes, além da reunião destes pequenos grupos de trabalho existe uma reunião geral, com todos os profissionais da instituição.

Um dos profissionais considera que, por vezes, a organização em mini-equipes atrapalha a troca de informações em relação aos usuários atendidos. Outro profissional percebe que há uma má utilização do tempo nas reuniões, sejam elas gerais ou de mini-equipes, pois relatou que nelas, dificilmente

ocorrem discussões de caso. Para ele, a equipe desenvolve o projeto terapêutico apenas como tarefa burocrática exigida pela Organização Social que administra a instituição, de forma que no início de cada prontuário existe uma folha que deve ser preenchida com uma breve descrição das atividades que o usuário participa na instituição e esta descrição é considerada o projeto terapêutico.

Outro profissional relatou que em seu serviço, a equipe geralmente propõe alguma estratégia de cuidado já no ato da realização da triagem. Considera que a equipe pensa no desenvolvimento dos projetos a partir de uma perspectiva mais pragmática, como se estivesse desenvolvendo uma tarefa.

A centralidade do papel da referência foi enfatizada por três profissionais. Um deles justificou que, em decorrência do elevado número de usuários matriculados na instituição, é necessário escolher aqueles que receberão investimentos na construção dos projetos terapêuticos, contudo não apresentou nenhum critério utilizado para tal escolha.

Dois profissionais salientaram aspectos do investimento na construção de projetos terapêuticos a partir de seus núcleos profissionais: o primeiro disse investir nos aspectos relacionados às necessidades de assistência social para todos os usuários; o segundo, a partir da experiência da especialidade médica, assinalou que seu trabalho específico reside na prescrição de medicação, contudo relatou suas atividades em atendimento familiar, visitas domiciliares e reuniões em outras instituições que compõem a rede de cuidados, como Centros de Convivência, Pronto – Socorros, entre outras.

Sete profissionais assinalaram a importância do trabalho realizado nos espaços de convivência. Quatro deles enfatizaram que tais espaços propiciam o reconhecimento das necessidades e planejamento das ações para o desenvolvimento do projeto terapêutico para além dos grupos e/ou atendimentos individuais. A partir da disponibilidade em estar junto com os usuários, se pode conhecê-los em relação as suas histórias de vida, relacionamento com a família, significado do adoecimento e o motivo que os levou até a instituição.

(...) quando a gente começou fazia só convivência, as pessoas chegavam e a gente ia conversando (...) então através do interesse das pessoas, do que fazia sentido, os grupos foram se formando (Entrevista 10, p.4 / 5).

Outro espaço coletivo, a assembléia, foi considerado por dois profissionais como importante para o estímulo do protagonismo e cidadania dos usuários. Eles participam desta atividade e a compreendem como importante para o desenvolvimento do projeto terapêutico.

(...) assembléia é (...) a construção de um ser cidadão, dentro do seu contexto. Que pode questionar, que pode construir coisas de outro lugar, de uma forma mais horizontal, com a equipe (...) a gente faz esse pedido, que a equipe participe e que não tenha nenhuma outra atividade acontecendo no momento (Entrevista 7, p.4).

O desenvolvimento de algum tipo de atividade fora do lócus institucional foi considerado importante por doze profissionais. Foram destacadas: a realização de visitas domiciliares, oficinas ou articulação com a rede

assistencial. Estas atividades têm como objetivo inserir o usuário em diversas situações cotidianas, a partir de suas necessidades específicas.

O grupo de empreendedores solidários que é um grupo que se formou para discutir trabalho na perspectiva da Economia Solidária, pensando a partir de uma demanda dos usuários que era essa por trabalho ou por LOAS, que é o benefício de prestação continuada, que era uma necessidade mesmo de renda que eles trazem (Entrevista 3, p.2).

Um profissional relatou que desenvolve cinco grupos dentro do serviço relacionados à utilização de recursos artísticos e justificou esse trabalho a partir do seu percurso e interesse pessoal.

O desenvolvimento de algum tipo de intervenção com famílias foi relatado por três profissionais que acreditam ser essa uma forma de envolver as famílias no tratamento.

a gente tem atividades com os familiares (...). Uma questão importante para os usuários é a questão familiar, geralmente o ambiente familiar tem muita tensão, tem muito conflito e não há como fazer um projeto sem os familiares participarem em alguma medida, seja rompendo com o paciente, seja participando, apoiando, dando suporte também, que é o que a gente procura alcançar (Entrevista 12, p.3).

Com relação às formas para o desenvolvimento do projeto terapêutico, um profissional descreveu um processo baseado na divisão do tratamento em etapas: uma destinada às pessoas que estão na fase aguda do sofrimento e outra para as pessoas que já estão com seu quadro psiquiátrico estabilizado.

(...) várias atividades (são desenvolvidas no) caps (...) são atividades voltadas mais para as pessoas que estão

na fase aguda (...) e que precisam de suporte. Mas a medida em que (...) que elas vão se estabilizando, a gente vai tentando criar um movimento interno e externo no sentido de lançar as pessoas para novas experiências no sentido de buscar uma vida o mais normal possível, se é que a gente pode chamar, dar este nome de normal, mas é o desenvolvimento que todo cidadão busca (Entrevista 13, p.2).

Por fim, em uma das instituições que conta com o trabalho de consultor externo, a equipe busca construir as propostas institucionais por meio do desenvolvimento dos projetos terapêuticos.

temos um consultor que nos ajuda a pensar (...) o serviço através dos casos, então poder através da discussão dos projetos terapêuticos construir o serviço. Então é através de quem esta lá, de como esta lá, poder construir as regras e o funcionamento do serviço (Entrevista 10, p.4).

Ao descreverem suas práticas cotidianas, os profissionais apresentaram algumas contradições em relação aos conteúdos teóricos relatados sobre o desenvolvimento de projetos terapêuticos.

A primeira delas diz respeito à utilização dos espaços de reunião de equipe. Apesar de o considerarem de fundamental importância para discussão e planejamento do projeto terapêutico, muitas vezes o utilizam para discussão de aspectos burocráticos do trabalho acarretando mau aproveitamento do espaço coletivo. Os autores de referência, que tratam da questão do desenvolvimento dos novos serviços de saúde mental, sugerem que as reuniões de equipe sejam espaços de construção e participação coletiva no desenvolvimento de propostas e definição de objetivos e metas para o melhor atendimento dos casos, além da possibilidade de reflexão crítica sobre o



próprio processo de trabalho da equipe (Merhy, 1999; Cunha, 2007; Oliveira, 2007).

Também não foram descritos quais são os profissionais que participam destes espaços – se apenas os da equipe técnica ou também os da equipe de apoio - e como as reuniões são organizadas em relação à forma e tempo de duração. Outra observação importante é a de que não foi mencionado por nenhum profissional a existência de outro espaço de reunião junto ao usuário e seus familiares ou integrantes da rede de apoio social, para negociação do projeto terapêutico delineado, a princípio, nas reuniões de equipe.

Diante deste contexto, alguns questionamentos vêm à tona: qual é de fato o comprometimento, a disponibilidade e o alinhamento dos profissionais em relação ao projeto institucional? Trata-se também de uma questão de formação? Como coletivamente desenvolver estratégias para o bom aproveitamento dos espaços institucionais? E o coordenador institucional, onde se localiza neste contexto?

A segunda diz respeito à centralidade das necessidades dos usuários na construção dos projetos terapêuticos. Isso significa que diante da construção coletiva de uma proposta de cuidado o que deve realmente ser levado em conta são as necessidades dos usuários e não os desejos individuais de cada profissional. Diante de um contexto complexo, determinado por uma área de abrangência populosa e com distintas necessidades, quais critérios adotar ao privilegiar uma pessoa em detrimento de outra no momento da construção dos projetos terapêuticos? Como dispor predominantemente de abordagens centradas na própria instituição para resolução de tantas problemáticas?

Tanto os espaços de convivência quanto o movimento em busca do território, apareceram como aspectos relevantes nas falas dos profissionais. Contudo a frequência e a forma de utilização destes dispositivos não foram apresentados. Compreende-se que partir da convivência diária entre profissionais e usuários e entre usuários, abre-se a possibilidade de conhecimento e apreensão de distintos universos, já que os vínculos de confiança são desenvolvidos e a partir de então, as histórias e necessidades descobertas. Compreende-se que as necessidades não são contempladas apenas com o oferecimento de serviços de saúde, afinal as possibilidades de vida são infinitamente maiores e mais potentes. Neste sentido, a articulação com os serviços do território, sejam ou não do campo da saúde, com as famílias, vizinhos e sociedade civil de forma geral, são fundamentais para o desenvolvimento de processos de autonomia. Quanto maior o número de recursos disponíveis, maior a possibilidade de trânsito e da realização de escolhas por parte do usuário (Rotelli, 1993; Saraceno, 1998b; Kinoshita, 2001; Cecílio 2006; Cecílio & Matsumoto, 2006; Mattos, 2006; Campos & Amaral, 2007 ).

Nesta perspectiva, o profissional de referência deve ser visto como articulador e potencializador de redes de cuidado para o usuário. Ser um profissional de referência em situações limites como as que foram apresentadas, significa pensar, junto com a equipe e com o próprio usuário como potencializar redes de apoio, com vistas à ampliação de autonomia. Significa estabelecer uma relação de parceria e não de poder de forma que o profissional se torne dono do projeto do usuário. Compreende-se que os núcleos profissionais são importantes, mas não devem determinar a priorização

de alguns aspectos em detrimento de outros na resolução dos casos. Assim, parece um pouco mais adequado e resolutivo, o investimento na construção de um diagnóstico situacional, a potencialização das redes de apoio social além do estabelecimento de metas a curto, médio e longo prazo, sempre em parceria com o usuário, sua família e/ou rede de apoio existente (Merhy, 1999; 2005; Campos, 2000; OMS, OPAS, 2001; Merhy e Franco, 2003; Cunha, 2007, Oliveira, 2007).

A organização de serviços baseada em grades de atividades pré estabelecidas e a proposição de atividades aos usuários já no ato da triagem, são exemplos de práticas que não estão centradas nas necessidades dos usuários e apontam para uma intervenção baseada em procedimentos profissionais. Escutar e compreender necessidades exige tempo, cuidado, disponibilidade. Exige ainda que os profissionais se desloquem do seu lugar de saber e de fato utilizem as tecnologias leves no contexto do desenvolvimento do trabalho (Merhy, 2005).

A terceira contradição está relacionada ao desenvolvimento dos projetos terapêuticos em etapas. Utilizar esta lógica significa pensar o cuidado de forma organizada, clara e coesa. Delinear um diagnóstico situacional significa pensar, inclusive, nos desejos, sonhos e perspectivas do usuário. Diante disso são estabelecidas metas de curto, médio e longo prazo, de acordo com os recursos do usuário, da instituição e das redes sociais. Significa ainda compreender os aspectos da prevenção, tratamento e reabilitação como um continuum e não como etapas separadas dentro de um processo (Brasil, 1988; Rotelli et al, 2001; Campos & Amaral, 2007; Cunha, 2007; Oliveira, 2007).

Compreender as situações de crise apenas enquanto fases nas quais a sintomatologia psiquiátrica aguda é mais evidente, não contribui para compreensão daquela pessoa em sofrimento enquanto cidadã, inserida num contexto sócio-cultural e que necessita de cuidados mais complexos (Della'cqua & Mezzina, 1991; Nicácio & Campos, 2004).

Não foi mencionado por nenhum entrevistado os prazos utilizados para reavaliação do projeto sugerido e para discutir se as metas propostas foram alcançadas. Como pensar em objetivos como autonomia e inclusão social sem refletir e exercitar no cotidiano de trabalho este tipo de prática?

A quarta contradição diz respeito à utilização e validação do espaço de assembléia enquanto disparador do resgate e fortalecimento da cidadania dos usuários, além da possibilidade objetiva de efetivação do controle social. A minoria dos profissionais fez menção a este espaço.

A questão da cidadania é um dos temas fundamentais para a concretização das mudanças necessárias a superação do modelo tradicional e construção de novas práticas de cuidado e pode, simultaneamente, ser traduzida no trabalho técnico, na organização dos serviços e conseqüentemente na relação estabelecida com os usuários (Rotelli, 1993; Saraceno, 2001b).

Uma das ações que devem ser desenvolvidas para a execução de novas propostas de cuidado, diz respeito a uma nova leitura feita pelos profissionais de que os usuários, agora sujeitos de direitos, devem ter acesso a valores materiais e subjetivos, a partir de informações adequadas, e devem ser estimulados a desenvolverem autonomia pessoal, com vistas a estabelecer

trocas sociais, inclusive a partir de sua capacidade de colocar o ponto de vista sobre determinado assunto (Rotelli, 1993).

Assim, na realidade prática dos serviços de saúde mental territoriais, as assembléias são espaços nos quais os trabalhadores podem oferecer aos usuários informações necessárias para o acesso aos bens e serviços normalmente não usufruídos, além de realizar uma gestão democrática de um espaço que é público de forma a negociar, constantemente, necessidades, prioridades e limites (Saraceno, 1998a).

Por fim, a quinta e última contradição diz respeito ao entendimento da família enquanto protagonista deste processo, junto ao serviço e ao usuário. Poucos profissionais descreveram as intervenções realizadas em parceria com as famílias. Toma-se aqui novamente como ponto de partida a posição adotada pela OMS (2001), que propõe que as abordagens em saúde mental devem considerar concomitantemente a pessoa, a família e seu contexto. Desta forma, as abordagens desenvolvidas junto às familiares devem ser uma das prioridades para a construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental.

### **iii. Limites e possibilidades enfrentados a partir da construção e desenvolvimento de projetos terapêuticos**

Compreende-se que, diante de um contexto tão complexo, podem existir alguns limites em relação ao desenvolvimento dos projetos terapêuticos, bem como possibilidades e desdobramentos positivos a partir da utilização dos mesmos enquanto eixos estruturantes na execução do trabalho. Desta forma

foi aberta possibilidade para que os profissionais discorressem sobre estas categorias ao longo da entrevista.

Com relação aos limites enfrentados pelos profissionais, foram apontados aspectos relacionados à equipe, ao usuário, a instituição e, por fim a parceria público privada na administração e gerência das instituições.

Sete profissionais relataram que um dos grandes fatores limitantes para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos está relacionado ao modo como operam as equipes, que dizem respeito: as distintas formas de burocratização de seu funcionamento e da distribuição de tarefas, como por exemplo, o usuário ter que ser referência de determinado profissional não pela questão do vínculo estabelecido, mas sim por uma questão de distribuição territorial; a sensação da existência de três instituições inseridas num único espaço, como consequência de distintos funcionamentos entre as três ou mais mini-equipes; utilização burocrática dos espaços de reunião diária; e, por fim, a falta de registro em prontuário.

As diferenças na formação e perspectivas na concepção do trabalho entre os integrantes das equipes são um fator limitante, que pode dificultar o planejamento, desenvolvimento e avaliação dos projetos terapêuticos. Para cinco profissionais, as diferenças trazem consequências na definição das atividades a serem desenvolvidas pelo serviço, na atribuição das responsabilidades de cada profissional, na concepção de projeto terapêutico e de profissional de referência.

teve um dia que ele tentou (...) ele queria se enforçar, eu não sei o quanto que ele ia conseguir, mas ele queria se enforçar e isso foi pra reunião como um informe (...) do terapeuta (de) referência (...) as pessoas ficaram super

mobilizadas, queriam saber dele, queriam estar junto(...) e aí virou uma briga muito grande porque o psicólogo ficou numa (postura) endurecida (...) ele não queria discutir aquele caso (...) ele não queria as pessoas dando muito palpite, questionando a conduta dele (Entrevista 8, p. 4).

As diferenças de formação e perspectivas se manifestam também nos momentos nos quais os profissionais precisam pensar novas propostas de ação para os casos inseridos há mais tempo no serviço. De acordo com um dos relatos há também resistência da equipe em aceitar novas propostas de ação.

A rotatividade de profissionais na composição das equipes também é considerada um fator de dificuldade para a realização do trabalho, com implicações na qualidade das relações entre os integrantes da equipe. Um dos profissionais assinalou que a gerência tem um importante papel para manter a coesão da equipe.

muita gente foi saindo e isso foi ficando difícil porque a gente era um grupo mais coeso apesar de grandes dificuldades (...) e agora com essa (organização) de uma equipe da manhã e uma equipe da tarde e com uma gerência que não consegue garantir que não sejam duas equipes diferentes fica difícil (Entrevista 6, p.4).

Um profissional apontou limites relacionados ao excesso de funções delegadas ao seu núcleo de saber, além da sobreposição de atribuições na ausência de outras categorias profissionais:

eu sou enfermeira, então tem as questões administrativas que eu tenho que responder (...) por muito tempo eu tive que cumprir o papel de farmacêutico que não tinha lá e

que tomava a maior parte do meu tempo que era fazer pedido de medicação...(Entrevista 6, p.3).

Dois profissionais relataram que a equipe sente que é responsável por responder a todas as necessidades apresentadas pelos usuários e acaba centralizando no CAPS a oferta de respostas que resolvam todas as problemáticas possíveis, caminhando, desta forma, no sentido inverso daquele proposto pelas diretrizes da política de saúde mental, ou seja, deixando de fomentar aspectos relacionados à autonomia e inclusão social.

Quanto aos usuários foram relatados os limites decorrentes da precariedade das condições sociais e de vida dos mesmos. Outro aspecto se refere ao excesso de usuários matriculados nos serviços, que não é acompanhado pelo número de profissionais ou pela melhoria na expansão dos mesmos. Assim, os profissionais assumem um número elevado de usuários, o que dificulta abordagens mais próximas a todos eles. Esse quadro se relaciona também com a insuficiente cobertura oferecida pela rede de serviços ou em muitas situações, pela inexistência dessas redes.

Quanto à parceria público-privada na administração dos serviços, dois profissionais apontaram que este fato traz conflitos ao ambiente de trabalho e na perspectiva de tratamento.

é um CAPS que está sendo administrado por uma OS que tem uma visão de doença mental, eles sabem (...) pouco de saúde mental, então, é muito conflituoso estar num espaço desse, o ambiente é bastante... crítico (Entrevista 2, p.2).

Por fim, foi considerado que o desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares está diretamente relacionado ao modo de



funcionamento dos serviços. Naqueles em que as possibilidades de cuidado são oferecidas prioritariamente no âmbito institucional, as necessidades dos usuários que necessitam de outro tipo de intervenção, relacionada à articulação das redes no território, acabam não sendo assistidas, afinal, de acordo com os relatos, individualmente, cada profissional, não consegue desenvolver formas de atenção articuladas ao contexto real de vida dos sujeitos.

Com relação às possibilidades encontradas a partir do desenvolvimento dos projetos terapêuticos, foram mencionados aspectos que também dizem respeito à equipe, aos usuários e aos próprios profissionais, apresentados a seguir.

De acordo com quatro entrevistados, a partir do contato entre profissionais que possuem diferentes formações teóricas e práticas, os diálogos e o trabalho puderam e podem ficar aos poucos, mais homogêneos em relação à produção do cuidado. Relataram sobre os ganhos para a construção do projeto terapêutico a partir da organização do trabalho em equipe.

somos muito diferentes de caminho e formação, de escopo (...) cada um de nós que tem mais percurso, formar os outros (...) sempre tentando compor com gente com mais percurso e com menos percurso, não é quem sabe mais ou sabe menos, mais percurso em saúde mental (Entrevista 11, p.5).

O desenvolvimento do projeto terapêutico a partir da construção coletiva da equipe pode viabilizar que este seja organizado a fim de responder as necessidades dos usuários (Entrevistas 9 e 11).

Foram apontadas a importância da possibilidade de construção de relações mais horizontais entre profissional e usuário, maior aproximação e fortalecimento de vínculos e melhor orientação do tratamento a partir da construção dos projetos terapêuticos.

Em relação às necessidades dos usuários, sobretudo aquelas relacionadas à inclusão social, para cinco profissionais os projetos terapêuticos abrem a possibilidade de compreensão de que, não apenas o campo da saúde é responsável por esta ação e, neste sentido, são forçados a buscar articulação com outros serviços da rede e atuar na lógica do território.

Então eu penso que este trabalho pode trazer, se a gente consegue dar a continuidade necessária, desenvolver uma rede de atenção, que envolve não só instituições mas pessoas do território, por exemplo os familiares, as vezes amigos, você tem a chance de não só tratar do problema específico de saúde que o paciente traz, mas você contribuir (...) ou agenciar uma re - inclusão dele na vida social e na própria realização da sua subjetividade, como uma pessoa ativa, que realiza trocas, que se desenvolve, que tem relações e vínculos enfim, que consegue ser um cidadão no sentido amplo da palavra. Então, eu penso que esse é um caminho complexo, porém necessário se a gente quer um contexto de saúde diferente (Entrevista 12, p. 4).

Por fim, dois profissionais relataram que o desenvolvimento dos projetos terapêuticos os auxilia em relação ao desenvolvimento da própria prática profissional.

De acordo com os dados apresentados, é possível desenvolver alguns diálogos. Um deles diz respeito a um aspecto considerado concomitantemente como limite e possibilidade a partir da construção de projetos terapêuticos.

Trata-se do trabalho de equipes, com formações e pontos de vista heterogêneos.

Sabe-se que para a ocorrência de transformações no modo de produzir saúde, são necessárias mudanças tanto nos processos de trabalho em equipe como na utilização de tecnologias de cuidado. Para tanto, é necessário que os núcleos profissionais estejam permeáveis à lógica global do campo da saúde no desenvolvimento das práticas cotidianas já que é a partir delas, com a utilização de seu conhecimento e autonomia, que podem viabilizar a criação de condições concretas para transformação da realidade assistencial (Merhy, 1997a,b; 2005; Merhy e Franco, 2003).

Os núcleos profissionais devem vislumbrar a possibilidade de se contaminarem com a produção de um cuidado que tem no usuário o ponto central. Este processo de transformação pode se dar a partir de uma ação pactuada e conjunta no desenvolvimento do trabalho; com o comprometimento individual de cada trabalhador e também com a incorporação das tecnologias leves como norteadoras na construção dos projetos terapêuticos (Merhy 1997a,b; 2005; Merhy e Franco, 2003).

O trabalho em saúde mental deve organizar-se a partir do campo relacional, com a predominância da utilização de tecnologias leves. Esta possibilidade convoca os profissionais a abrirem espaço para a escuta e o entendimento de que a pessoa apresenta suas necessidades e deve ser acolhida de forma responsável e pode ainda ser produtora de atos de cuidado geradores de autonomia (Merhy, 1997a,b; Thornicroft, 2009).

É importante mencionar que as necessidades de saúde estão relacionadas às condições de vida e saúde, que englobam distintos aspectos,

tais como: as condições de moradia e econômica e o acesso na busca de tecnologias que possam melhorar a qualidade de vida. E, nesse sentido, nos contextos apresentados, atender os sujeitos de forma a respeitar o princípio da integralidade no desenvolvimento de práticas cotidianas torna-se um grande desafio, visto que trata-se de um objetivo de rede, e não apenas de uma instituição em funcionamento isolado (Cecílio, 2006; Cecílio & Matsumoto, 2006; Mattos, 2006).

A mudança da postura profissional como consequência da adoção da posição de parceria, modelaria as relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores, entre trabalhadores e usuários, e abriria a possibilidade para o diálogo intersetorial e interinstitucional, tornando-se todos aliados na busca pela produção de cuidados.

Repensar e potencializar espaços de reunião, definir o propósito da equipe, seus objetivos e princípios, além do papel do coordenador da instituição são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho e podem ser disparados a partir da organização e da centralidade ocupada pelo desenvolvimento dos projetos terapêuticos nos serviços de saúde mental (Thornicroft, 2009).

Viabilizar estratégias para melhora dos processos de comunicação e dos objetivos comuns para o desenvolvimento do trabalho pode, inclusive, fortalecer os profissionais de forma a diminuir a rotatividade dos mesmos nas equipes.

Como fatores exclusivamente limitantes ao desenvolvimento dos projetos terapêuticos, foram colocadas algumas situações. São elas: quando um profissional deve exercer múltiplas funções em decorrência de escassez de

recursos humanos, materiais e físicos; a precariedade de recursos das redes institucionais e o elevado número de matrículas nas instituições como problemáticas simultâneas, afinal, sem recursos ou diante da precariedade deles, como viabilizar as parcerias e diminuir o fluxo de usuários inseridos nos CAPS? ; a parceria público – privada que leva os profissionais a vivenciarem situações de grande vulnerabilidade, afinal, responder aos interesses de quem?

Como possibilidades, as perspectivas apresentadas pelos profissionais foram poucas: desenvolvimento de relação horizontal com o usuário; necessidade do desenvolvimento do trabalho em rede para contemplar as necessidades dos usuários; e por fim, a possibilidade de crítica e mudanças na própria prática profissional.

Estas informações sugerem a dificuldade das equipes em pensarem a organização dos serviços a partir da construção dos projetos terapêuticos, o que potencializaria o trabalho territorial, em rede e com vistas a inclusão social, oferecendo aos sujeitos com transtorno mental a possibilidade de pertencimento a determinado grupo e ampliação do repertório necessário a construção de um projeto de vida significativo.

***CONSIDERAÇÕES***

***FINAIS***

## 5. Considerações Finais

O principal objetivo desta pesquisa foi o de conhecer a concepção e as práticas, dos profissionais que atuam em CAPS, sobre a construção e desenvolvimento dos projetos terapêuticos. A intenção foi a de fazer um mapeamento em relação à utilização desta estratégia no atual momento do processo de Reforma Psiquiátrica. Neste contexto, compreende-se que para além do redirecionamento do modelo de assistência, é fundamental a transformação das tecnologias de cuidado empregadas no ato da produção de saúde.

Os dados coletados permitem a elaboração de alguns apontamentos finais, que serão apresentados neste capítulo. É importante mencionar que os apontamentos não apresentam caráter conclusivo, muito pelo contrário: apresentam uma fotografia que, do meu ponto de vista, representa um recorte do atual momento vivido pelos trabalhadores, caracterizado por conflitos, ambigüidades e dúvidas, inerentes a um processo que ainda está em curso no país.

A hipótese desta pesquisa foi a de que o projeto terapêutico é o componente central do tratamento do usuário, já que é através dele que as estratégias de cuidado são pensadas a fim de responder suas necessidades de saúde. É também por meio do projeto terapêutico que se concretiza a relação entre o usuário, a equipe e a instituição.

Como vimos, as concepções apresentadas pelos profissionais se aproximam àquelas propostas pelos autores que discorrem sobre este tema.

Nos discursos apareceram: a necessidade de transformação do modelo tradicional, o investimento no protagonismo do usuário, a necessidade do trabalho em equipe para que as necessidades de saúde possam ser compreendidas, e a importância das parcerias institucionais e com a rede de suporte social para que o princípio da integralidade seja de fato contemplado na construção de práticas de cuidado.

Pelo fato da grande maioria dos profissionais terem sua formação contemporânea a implementação do processo de reforma psiquiátrica, parece natural que tenham concepções semelhantes às necessárias a mudança de paradigma. Contudo, ao relatarem situações práticas vivenciadas no cotidiano de trabalho apresentam as contradições de um processo ainda em curso.

Os dados mostraram claramente a contradição e as dificuldades apresentadas para sistematização dos projetos terapêuticos. As informações dialogaram, de certa forma, com as inquietações que me levaram ao desenvolvimento desta pesquisa: a dificuldade para construção de um trabalho homogêneo nas equipes; o impacto direto na assistência das distintas formas de gestão; a dificuldade da interlocução tanto com as redes institucionais quanto com as redes de suporte social dos usuários; e por fim, a enorme dificuldade em inserir os usuários como participantes efetivos na construção de práticas de cuidado.

Uma das grandes contradições apreendidas diz respeito à formação dos profissionais que estão atuando diretamente no campo da saúde mental. Estão de fato preparados para lidar um processo de alta complexidade que demanda grande investimento? Como as escolas têm pensado a formação para o



trabalho no SUS? Quais são as habilidades necessárias para a execução de um trabalho baseado na escuta, no acolhimento e na desterritorialização das especialidades?

Ter a centralidade no usuário como foco para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos, coloca os profissionais num lugar de não saber e exige, ao mesmo tempo, que estejam preparados para situações absolutamente inesperadas. Para tanto, poder apoiar-se no trabalho em equipe deveria ser fundamental. A equipe é entendida aqui como aquela composta por todos os profissionais que convivem cotidianamente com pessoas em sofrimento psíquico, tendo ou não cursado nível superior.

Parece que um dos grandes entraves para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos está relacionado à forma de organização das equipes e do estilo de coordenação utilizado. Ter claro os objetivos das intervenções e as metas propostas facilitariam a busca por estratégias mais resolutivas. Cabe ao coordenador, do meu ponto de vista, direcionar os membros da equipe a delinearem suas práticas de forma a contemplar o que foi pactuado como missão coletiva da instituição, além de auxiliar os membros da equipe a potencializar os espaços de reunião e viabilizar estratégias para melhorar a comunicação.

Outro entrave diz respeito à dificuldade de se colocar o usuário como protagonista dos processos de mudança e figura central no desenvolvimento dos projetos terapêuticos. Nenhum dos profissionais mencionou situações práticas nas quais tenha sido convocado o usuário e sua família e/ou rede social de suporte para pactuarem, coletivamente, as propostas de cuidado a curto, médio e longo prazo. Menos ainda as reavaliações periódicas e

processos de alta. Para mim, este fato remete ao questionamento sobre o lugar ocupado pelo projeto terapêutico no interior das instituições. Compreende-se que a partir dele deveria ser estruturado o acompanhamento do usuário, as ações de cuidado, as formas de agir dos profissionais e conseqüentemente desenvolvido o projeto institucional. Contudo, os dados mostram que as práticas institucionais ainda se baseiam na prescrição de procedimentos, como, por exemplo, a oferta de atividades já no ato da realização do primeiro acolhimento do sujeito na instituição.

Apareceram ainda alguns limites de caráter objetivo, que impedem a atenção singularizada aos sujeitos com transtornos mentais, principalmente aqueles relacionados às grandes áreas de abrangência das instituições e a parceria público – privada no gerenciamento dos serviços. Tratam-se de aspectos bastante delicados e que merecem atenção e destaque nas discussões técnicas e políticas intrínsecas ao processo de Reforma Psiquiátrica.

Foram apontados poucos desdobramentos positivos a partir do desenvolvimento de projetos terapêuticos, o que foi uma grande surpresa. Por toda a sustentação desenvolvida nesta pesquisa na defesa da construção de projetos terapêuticos como ferramenta fundamental para concretização da mudança de paradigma na construção da saúde e de todos os outros aspectos transformadores que estão inseridos nesta proposta, surpreende que os profissionais não consigam vislumbrar melhoras nos resultados de seu trabalho a partir da utilização desta ferramenta de ação.

De maneira geral, os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade urgente da reflexão sobre as práticas que têm sido

implementadas nos CAPS. Trata-se de uma prioridade já que a proposta é que sejam serviços capazes de ordenar a rede de cuidados em saúde mental e substituir o hospital psiquiátrico. Sabe-se que ser substitutivo implica em mudanças na lógica de relação com a loucura e com as tecnologias de cuidado empregadas. É fundamental o avanço para práticas que tenham foco na vida do sujeito, em suas vulnerabilidades habitacionais, econômicas, afetivas, culturais, familiares e de rede social.

Assim, espero que este estudo possa provocar movimento, ação e contribuir nas posturas de todos os atores envolvidos neste processo: os profissionais, como sujeitos técnicos e políticos e que tem como missão transformar a realidade assistencial em seu trabalho cotidiano; os gestores, para incorporarem novamente o seu papel de organizadores, mobilizadores e facilitadores da implementação dos processos de mudança; os usuários e seus familiares, para se tornarem cada vez mais ativos a reivindicarem o direito de participarem como protagonistas dos seus projetos terapêuticos e de vida; a sociedade civil, a se mobilizar pela solidariedade, justiça e cidadania de todos.

***ANEXOS***

## **6. Anexos**

I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

II – Roteiro utilizado para realização das entrevistas semi-estruturadas

III – Protocolo de aprovação da pesquisa pelo comitê de ética para análise de projetos de pesquisa – CAPPesq

**Anexo I**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL****LEGAL**

1.NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M  F 

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO..... Nº

..... APTO: .....

BAIRRO:.....CIDADE:.....

.....

CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....

.....

2.RESPONSÁVELLEGAL:.....

.....

NATUREZA(grau de parentesco, tutor, curador etc.)

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M  F 

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO:.....Nº.....APTO:

.....

BAIRRO:.....CIDADE:

.....

CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....

.....

---

## DADOS SOBRE A PESQUISA

**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** “A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado”.

Pesquisador: Juliana de Oliveira Barros

Cargo/Função: Mestrando do Programa de Pós-Graduação Strictu Senso (Mestrado) em Ciências da Reabilitação, área de concentração “Movimento, Postura e Ação Humana, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dra Elizabete Ferreira Mângia

Cargo/Função: Professora Doutora do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**

RISCO MÍNIMO	<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO	<input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>

### 3.DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 meses.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer e comparar as proposições sobre construção de projetos terapêuticos apresentados pela bibliografia do campo da saúde mental e da saúde coletiva com as concepções utilizadas pelos profissionais que atuam no contexto dos serviços substitutivos. Para isso solicitamos que o Sr. (a) autorize a realização dos procedimentos necessários (realização de entrevistas e grupo focal, caso seja sorteado). Sua participação é voluntária e você não é obrigado a participar do estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Você poderá fazer qualquer pergunta sobre o estudo e sobre sua participação e, se tiver alguma dúvida, será esclarecida no decorrer da pesquisa. Os dados referentes aos procedimentos realizados serão escritos e analisados posteriormente, porém seu anonimato será preservado e nem o seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e nem no caso de publicação desse estudo. Você poderá solicitar os escritos da entrevista e dos encontros grupais, se for o caso, e realizar as modificações que considerar necessária. Todos os dados ao estudo serão guardados em local seguro.



Você tem o direito de, a qualquer momento, ter acesso às informações sobre os possíveis riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem a liberdade para retirar, em qualquer momento, o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Tem assegurado seu sigilo, sua privacidade e confidencialidade.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é a mestranda Juliana de Oliveira Barros, que pode ser encontrada na Rua César Vallejo, 170, apartamento 74 e nos telefones: 3758-3572 e 7646 – 5615. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 30696442 ramal 26 – E-mail: [cappesq@hcnet.usp.br](mailto:cappesq@hcnet.usp.br).

“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado”.

Eu discuti com a Mestranda Juliana de Oliveira Barros sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu

consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
entrevistado/representante legal

-----  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

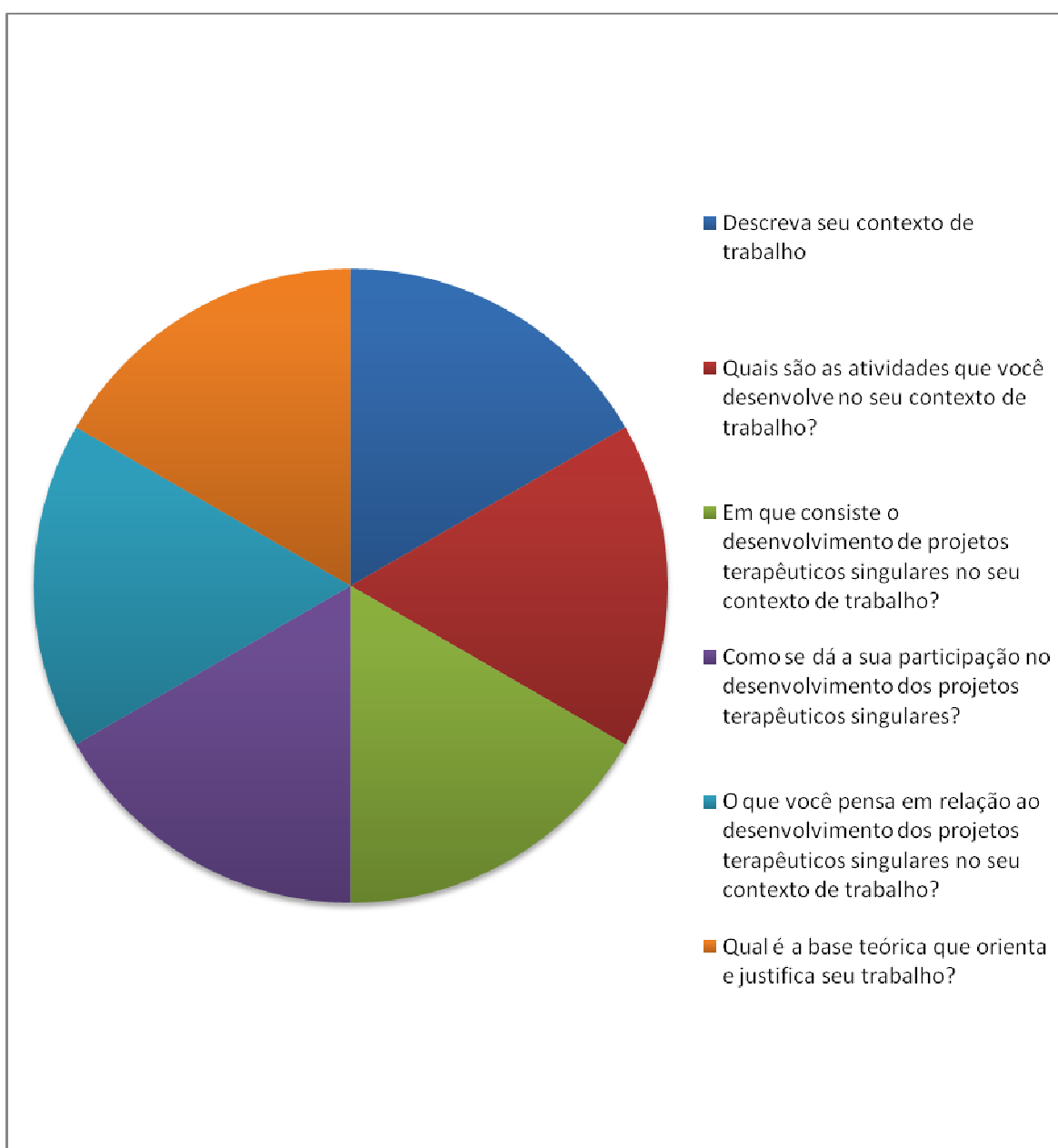
(para casos de entrevistados menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual).

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado ou representante legal para a participação neste estudo.

-----  
Assinatura do responsável pelo estudo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Anexo II

### Roteiro utilizado para realização de entrevistas semi – estruturadas



**Anexo III**

Protocolo de aprovação da pesquisa pelo comitê de ética para análise de projetos de pesquisa – CAPPesq



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 11/03/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0080/09**, intitulado: "**A CONSTRUÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: APONTAMENTOS ACERCA DAS NOVAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO.**" apresentado pelo Departamento de **FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **PROFA. DRA. ELISABETE FERREIRA MÂNGIA**

Pesquisador (a) Executante: **JULIANA DE OLIVEIRA BARROS**

CAPPesq, 23 de Março de 2009

**PROF. DR. EDUARDO MASSAD**  
Presidente

**Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa**

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: [cappesq@hcnet.usp.br](mailto:cappesq@hcnet.usp.br) / [secretariacappesq2@hcnet.usp.br](mailto:secretariacappesq2@hcnet.usp.br)

matc

***REFERÊNCIAS***

***BIBLIOGRÁFICAS***

## 7. Referências Bibliográficas

Barros, S; Oliveira, MAF; Aranha e Silva, AL. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 41, n. spe, p.815-819, dez 2007.

Bartolomei, CEF; Carvalho, MS de; Delduque, MC. A saúde é um direito! In: *Saúde em debate*; 27 (65):184-191, set.-dez. 2003.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Imprensa Oficial; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992. ([http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/saudemental/PORTARIA\\_224.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/saudemental/PORTARIA_224.pdf). Acesso em 15 de novembro de 2009).

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. *Organizações Sociais* (Cadernos MARE da reforma do estado). V. 2, 5ª edição. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado; 1998. Disponível em: [http://www.mp.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB\\_Sege\\_s\\_Mare\\_caderno02.PDF](http://www.mp.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Sege_s_Mare_caderno02.PDF)

Brasil. Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001a. ([http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12\\_Lei\\_10216.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12_Lei_10216.pdf). Acesso em 18/11/06).

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Intersetorial de Saúde Mental. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002. (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acesso em 01/05/07).

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília; janeiro de 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios*. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

([http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf).

Acesso em 15 de novembro de 2009).

Castel, R. A nova questão social. In: *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Vozes; 1998. p. 495-591.

Campos, GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 14, n. 2, p. 219 – 250, 2000.

Campos, GWS; Amaral, MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.12, n.º.4, p.849-859, jul./ago. 2007.

Cecílio, LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, RA. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ,IMS: ABRASCO; 2006. p. 115 – 128.

Cecílio, LCO; Matsumoto, NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro, R.; Ferla, AA; Mattos, RA. (orgs.) *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS:IMS/UERJ:CEPESQ; 2006. p. 37 – 50.



Ceia, C. Etnometodologia. *E-Dicionário de Termos Litarários*. 2005. (www2.fcsh.unl.pt/edtl/verbetes/E/etnometodologia.htm Acesso em 25/08/2008).

Cunha, GT. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Ed. Hucitec; 2005.

Della'cqua, G; Mezzina, R. Resposta à crise. In: Delgado, J. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Autor; 1991. p. 53-79.

Denzin, NK; Lincoln, YS. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: *O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (Tradução: Sandra Regina Netz). Porto Alegre: ed. Artmed; 2006. p. 15 – 41.

Guessser, AH. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, v.1, n.1 (1), p. 149 – 168, ago/dez 2003. ([http://www.emtese.ufsc.br/h\\_Adalto.pdf](http://www.emtese.ufsc.br/h_Adalto.pdf). Acesso em 29/07/2008).

Gibbs, G. Qualidade Analítica e ética. In: *Análise de dados qualitativos* (Tradução: Roberto Cataldo). Porto Alegre: Ed. Artmed; 2009. p. 117 – 134.

Haguette, TMF. A entrevista. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 1987. p. 86 – 91.

Kinoshita, RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A. (Org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: ed. Hucitec; 2001. p. 55 – 59.

Mângia, EF. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.13, n.3, p. 127-134, set./dez. 2002.

Mângia, EF; Castilho, JPLV; Duarte, VRE. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 17, n.2, p.87-98, maio/ ago.2006.

Mângia, EF; Muramoto, MT. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 17, n.3, p.115 – 122, set/dez 2006.

Mângia EF; Muramoto MT. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 18, p. 54-62, 2007.

Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Ferla, AA; Mattos, RA. (orgs.) *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS:IMS/UERJ:CEPESQ; 2006. p. 41 – 66.

Merhy EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy EE e Onocko, R (orgs). In: *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial; 1997a. p. 71 – 112.

Merhy, E.E et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia – a – dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In Merhy EE e Onocko R (orgs). In: *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial; 1997b. p. 113-141.

Merhy EE. *Apostando em Projetos Terapêuticos Cuidadores: desafios para a mudança da escola médica ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos*. Campinas; 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-07.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2009.

Merhy, EE; Franco, TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, v. 27, p. 316-323, 2003.

Merhy, E.E. *Engravidando as palavras: o caso da integralidade*. (Palestra proferida no Congresso da Rede Unida: Belo Horizonte – MG; 2005). Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>

Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: ed. Hucitec-ABRASCO; 1992.

Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Portaria GM 106 – *Cria os Serviços Residências Terapêuticos em Saúde Mental*. Brasília; 2000. Disponível em: [http://www.redsaludmental.net/upload/legislacao/brasil/bra\\_005.pdf](http://www.redsaludmental.net/upload/legislacao/brasil/bra_005.pdf)

Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Portaria GM 1174 – *Critérios para repasse dos incentivos*. Brasília; 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24006](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24006)

Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. *Saúde Mental em Dados – 6*. Ano IV, nº 6. Brasília; 2009. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)

Nicácio, MFS. O Desafio da Reforma Psiquiátrica. In: *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde*

*mental* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003. p. 33 – 70.

Nicácio, MFS; Campos, GWS. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 17, n. 2, p. 71 – 81, 2004.

Oliveira, GN. *O Projeto Terapêutico como Contribuição para a Mudança das Práticas de Saúde* [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). PAS; OMS. *Relatório sobre a saúde no mundo – 2001: Saúde Mental Nova Conceção. Nova Esperança*. Genebra, Suíça: Gráfica Brasil; 2001.

Queiroz, MIP. Análise de documentos em ciências sociais. In: *Variações sobre a técnica de gravador no registro de informação viva*. São Paulo: Editor T.A.; 1991b. p. 91 – 108.

Ratton, JLA. *SENSO COMUM, LINGUAGEM, AÇÃO E ORDEM: uma introdução à Etnometodologia*. (<http://www.ufpe.br/eso/revista4/ratton.html>. Acesso em 07/05/07).

Rotelli, F. Ri-abilitare la riabilitazione. In Rotelli, F. *Per la normalità*. Trieste: Edizione; 1993.

Rotelli, F; Leonardis,O; Mauri,D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: ed. HUCITEC; 2001. p. 17 – 60.

Saraceno, B. *A cidadania como forma de tolerância*. (Tradução de Elisabete Ferreira Mângia). Conferência realizada no Rio de Janeiro: 1998a.

Saraceno, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em Saúde Mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, v. 9, n.1, p. 26-31, jan./abr, 1998b.

Saraceno, B. *Libertando Identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. (Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini). 2 ed. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Ed. Te Cora/Instituto Franco Basaglia; 2001a.

Saraceno, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: ed. Hucitec; 2001b. p. 13 – 18.

Thornicroft, G. O papel central da equipe para boas práticas em saúde mental.  
In: Thornicroft, G.; Tansela, M. *Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária*  
(Tradução: Melissa Muramoto). Barueri: Ed. Manole; 2009. p. 149 – 159.