

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Érica Santiago Sousa

**Concepções e experiências de profissionais de
saúde de uma
Rede de Atenção Psicossocial sobre o
Projeto Terapêutico Singular**

São Carlos

2024

Érica Santiago Sousa

**Concepções e experiências de profissionais de saúde de uma
Rede de Atenção Psicossocial sobre o
Projeto Terapêutico Singular**

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni

Co-orientadora: Profa. Dra. Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo

São Carlos

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa, Érica Santiago

Concepções e experiências de profissionais de saúde de uma Rede de Atenção Psicossocial sobre o Projeto Terapêutico Singular / Érica Santiago Sousa -- 2023.

175f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Luciana Nogueira Fioroni

Banca Examinadora: Luciana Nogueira Fioroni, Larissa Campagna Martini Barbosa, Renata Fabiana Pegoraro

Bibliografia

1. Saúde mental integral. 2. Projeto terapêutico singular. 3. Integralidade do cuidado. I. Sousa, Érica Santiago. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de aprovação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Érica Santiago Sousa, realizada em 14/12/2023.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni (UFSCar)

Profa. Dra. Larissa Campagna Martini Barbosa (UFSCar)

Profa. Dra. Renata Fabiana Pegoraro (UFU)

Dedico ao meu esposo, minhas filhas e meus pais, atores fundamentais da minha história biográfica, que pacientemente entenderam minhas ausências e me fortaleceram em cada momento desta caminhada, acreditando que seria possível a concretização de um sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a UFSCar, por meio do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, pela oportunidade de inserção no Mestrado Profissional, que na articulação da prática com a academia proporcionou a ampliação de minha capacidade para o trabalho.

Aos docentes do Programa que propiciaram muita reflexão, fortalecendo o nosso aprendizado, minha eterna gratidão, bem como, todo meu respeito e admiração pelo trabalho que realizam.

Aos colegas de turma, pelas horas de convivência, trocas de saberes e práticas, pelas amizades construídas e certamente pelo imenso aprendizado, em especial à Vanessa, secretária do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica e colega de turma, pelo carinho e delicadeza que sempre acolheu as nossas necessidades.

À Luciana, que com sua orientação de excelência, me acolheu, confortou, impulsionou e se disponibilizou para além do que seria seu papel, tornando o meu caminhar menos árduo e sinuoso. Poder contar com seu acolhimento e orientação me fez entender o quanto é possível avançar quando se tem com quem contar. Me faltam palavras para agradecer pela disponibilidade e motivação para transpor minhas grandes dificuldades, sem isso não teria conseguido chegar até aqui.

À Heloísa, que com muita generosidade e gentileza se disponibilizou a construir este estudo em parceria comigo e Luciana. Agradeço imensamente seu incentivo, sua disponibilidade e igualmente seu apoio na elaboração deste trabalho.

À banca examinadora (Renata Fabiana Pegoraro e Larissa Campagna Martini Barbosa). As contribuições de vocês engrandeceram o meu trabalho, trazendo maior coerência e clareza de ideias. O olhar de vocês tornou o processo mais leve e ampliado. Serei eternamente grata. Agradeço, ainda, a participação das professoras Alana P. N. Fornereto Gozzi e Erika Trevisan como membros suplentes.

Aos responsáveis pelos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município participante, que gentilmente permitiram a realização da pesquisa e acreditaram nesse estudo.

A todos os participantes desse estudo. Suas lutas diárias inspiraram o presente trabalho e me ensinaram sobre o verdadeiro significado da palavra “construção”.

E por último, mas não menos importante, ao meu esposo, companheiro de jornada, que sempre me proporcionou tranquilidade, suporte, estímulo e impulsionamento diário para que eu pudesse desenvolver o trabalho, mesmo em momentos de tempestade e turbulências (que não foram raros nesses anos de trabalho), não me deixando desistir.

Se és capaz de manter tua calma, quando,
todo mundo ao redor já a perdeu e te culpa.
De crer em ti quando estão todos duvidando,
e para esses no entanto achar uma desculpa.

Se és capaz de esperar sem te desesperares,
ou, enganado, não mentir ao mentiroso,
Ou, sendo odiado, sempre ao ódio te esquivares,
e não parecer bom demais, nem pretensioso.

Se és capaz de pensar - sem que a isso só te atires,
de sonhar - sem fazer dos sonhos teus senhores.
Se, encontrando a Desgraça e o Triunfo, conseguires,
tratar da mesma forma a esses dois impostores.

Se és capaz de sofrer a dor de ver mudadas,
em armadilhas as verdades que disseste
E as coisas, por que deste a vida estraçalhadas,
e refazê-las com o bem pouco que te reste.

Se és capaz de arriscar numa única parada,
tudo quanto ganhaste em toda a tua vida.
E perder e, ao perder, sem nunca dizer nada,
resignado, tornar ao ponto de partida.

De forçar coração, nervos, músculos, tudo,
a dar seja o que for que neles ainda existe.
E a persistir assim quando, exausto, contudo,
resta a vontade em ti, que ainda te ordena: Persiste!

Se és capaz de, entre a plebe, não te corromperes,
e, entre Reis, não perder a naturalidade.
E de amigos, quer bons, quer maus, te defenderes,
se a todos podes ser de alguma utilidade.

Se és capaz de dar, segundo por segundo,
ao minuto fatal todo valor e brilho.
Tua é a Terra com tudo o que existe no mundo,
e - o que ainda é muito mais - és um Homem, meu filho!

"Se" - Rudyard Kipling

RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui uma importante estratégia de assistência, gestão e formação para os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem sido incorporado de modo diverso, com fragilidades tanto na forma de compreender quanto de operar este recurso. Este estudo qualitativo-interpretativo objetivou investigar as concepções e experiências da construção do PTS na RAPS de um município de pequeno porte no interior paulista. Participaram 19 trabalhadores e gestores da RAPS, por meio de questionários e entrevistas semi-estruturadas, analisadas a partir da técnica de análise temática de conteúdo. Resultaram três conjuntos de categorias analíticas: PTS propriamente dito; Organização dos serviços e influenciadores na utilização do PTS na RAPS; Articulação da RAPS e estratégias de cuidado integral e intersetorial. Evidenciou-se que as compreensões sobre o PTS tendem a simplificar suas dimensões suprimindo seu caráter formativo e reflexivo, bem como descaracterizando a dimensão processual e participativa de sua construção. A articulação entre os pontos da RAPS ocorre, em geral, por iniciativas individuais, sem dispositivos que facilitem a institucionalização do cuidado em rede. Neste sentido, recomendamos vivamente o investimento formativo sobre o PTS como estratégia para um cuidado integral e uma gestão mais eficaz em saúde mental. Reconhecemos o PTS como meio indutor para o fortalecimento da política municipal de saúde atrelado à Educação Permanente em Saúde. Esta pesquisa nasce da implicação da pesquisadora como trabalhadora do SUS e finaliza com perspectivas concretas de produtos para trabalhadores e gestores locais (oficinas formativas), e indiretamente aos usuários da RAPS, pela potencialidade de transformação das práticas de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Projeto Terapêutico Singular, Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial, Integralidade do Cuidado, Trabalhador da Saúde Mental

ABSTRACT

The Singular Therapeutic Project (PTS) constitutes an important assistance, management and training strategy for the equipment of the Psychosocial Care Network (RAPS) in the Unified Health System (SUS). It has been incorporated in different ways, with weaknesses in both the way of understanding and operating this resource. This qualitative-interpretative study aimed to investigate the conceptions and experiences of the construction of the PTS in the RAPS of a small municipality in the interior of São Paulo. 19 RAPS workers and managers participated, through questionnaires and semi-structured interviews, analyzed using the thematic content analysis technique. Three sets of analytical categories resulted: PTS itself; Organization of services and influencers on the use of PTS in RAPS; Articulation of RAPS and comprehensive and intersectoral care strategies. It was evident that understandings of the PTS tend to simplify its dimensions, suppressing its formative and reflective character, as well as mischaracterizing the procedural and participatory dimension of its construction. The articulation between RAPS points generally occurs through individual initiatives, without devices that facilitate the institutionalization of network care. In this sense, we strongly recommend training investment in PTS as a strategy for comprehensive care and more effective management in mental health. We recognize the PTS as a means of inducing the strengthening of municipal health policy linked to Permanent Health Education. This research arises from the researcher's involvement as a SUS worker and ends with concrete perspectives of products for local workers and managers (training workshops), and indirectly to RAPS users, due to the potential for transforming care practices.

KEYWORDS: Singular Therapeutic Project, Mental Health, Psychosocial Care Network, Comprehensive Care, Mental Health Worker

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa da delimitação de Santa Rita do Passa Quatro/SP	34
Figura 2 Demonstra os serviços descritos e sua relação com a pesquisa	41
Figura 3 Formação Complementar dos Profissionais em Saúde Mental	55
Figura 4 Distribuição dos códigos atribuídos aos discursos.	59
Figura 5 Distribuição dos códigos por participante	61
Figura 6 Distribuição dos códigos dos gestores Figura e Distribuição dos códigos dos profissionais	62
Figura 7 - Serviços que os profissionais consideram articular o PTS	88
Figura 8 - Representação quantitativa dos discursos dos participantes quanto ao PTS	96
Figura 9 - Representação gráfica dos discursos sobre PTS por participante	98
Figura 10 - Representação gráfica dos elementos do PTS considerados para análise	100
Figura 11 - Nuvem de palavras dos discursos sobre os serviços difícil articulação	151

LISTA DE QUADROS

<u>Quadro 1 Componentes da RAPS Santarritense (até o momento da coleta de dados).¹</u>	<u>39</u>
<u>Quadro 2 Instrumentos utilizados na pesquisa de acordo com suas etapas</u>	<u>47</u>
<u>Quadro 3 Caracterização dos Gestores pela formação</u>	<u>50</u>
<u>Quadro 4 Caracterização dos Gestores pelo uso do PTS na RAPS</u>	<u>51</u>
<u>Quadro 5 Caracterização dos profissionais da RAPS de acordo com formação, local de atuação na RAPS e formação específica em Saúde Mental</u>	<u>53</u>
<u>Quadro 6 Codificação atribuída de acordo com a temática central envolvida nas entrevistas</u>	<u>57</u>
<u>Quadro 7 - Síntese de como os entrevistados compreendem o PTS</u>	<u>78</u>
<u>Quadro 8 - Relação da articulação entre serviços da rede</u>	<u>150</u>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
ASM	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL
APAE	ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CAIS	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CRAS	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL
CREAS	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CEP	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DRS	DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE
MTSM	MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL
NAD	NÚCLEO ÁLCOOL E DROGAS
NAPS	NÚCLEOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SRT	SERVIÇO DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS
SUAS	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Sumário

AGRADECIMENTOS	6
RESUMO	9
1 APRESENTAÇÃO	15
Apontamentos iniciais sobre Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial e Projeto Terapêutico Singular (PTS)	18
1.1. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS	20
1.2 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE PARA CONSOLIDAÇÃO DO PTS - JUSTIFICATIVA	28 30
2 OBJETIVOS	31
2.1 GERAL	31
2.2 ESPECÍFICOS	31
3 RECORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	33
3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA	33
3.2 CONTEXTO DO CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA	33
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	42
3.4 CUIDADOS ÉTICOS	43
3.5 TRABALHO DE CAMPO	44
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 APRESENTAÇÃO DO PERFIL DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	50
4.2 DOS NÚCLEOS DE SENTIDO ÀS CATEGORIAS ANALÍTICAS	56
Categoria I - relacionadas ao PTS Propriamente Dito:	63
Categoria II - relacionada a Organização dos Serviços e Possíveis Influenciadores na Utilização do PTS na RAPS:	101
Categoria III - relacionados a Articulação da RAPS e Estratégias de Cuidado Integral e Intersetorial:	133
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP	171
Apêndices	174
Apêndice 1 - Roteiro para Entrevista com Gestores	175
Apêndice 2 – Questionário de Caracterização dos Gestores	176
Apêndice 3 – Questionário de Caracterização dos Profissionais	177
Apêndice 4 – Roteiro para entrevista semiestruturada sobre PTS	178
Apêndice 5 – Link Análise das Categorias Analíticas	179

1 APRESENTAÇÃO

Há 16 anos me graduei em enfermagem e percebi já nos primeiros períodos do curso meu interesse voltado para o campo da saúde pública com inclinação para saúde mental, por já estudar sobre a temática a partir da iniciação científica. Desde minha formação venho operando no âmbito do SUS - primeiramente na gestão de pessoas, coordenando um Ambulatório Municipal de Saúde Mental e posteriormente na Secretaria de Estado da Saúde, atuando como enfermeira assistencial em um complexo de serviços de saúde mental no qual permaneço até o momento.

A instituição na qual atuo valoriza e incentiva os profissionais a acompanharem as necessidades de saúde da sociedade em consonância com as políticas públicas e evoluções pertinentes ao SUS, a fim de favorecer mudanças na realidade.

Venho atuando em serviços especializados de saúde mental por 14 anos e nesta trajetória, pude, enquanto responsável técnica de enfermagem, me aproximar das necessidades institucionais, de formação profissional e de cuidados dos usuários pela perspectiva administrativa. Hoje, atuando como enfermeira assistencial em um Centro de Atenção Psicossocial II neste complexo de serviços, mas também integrante de grupo de educação continuada e de comissões institucionais, vivencio as tentativas dos profissionais atenderem as necessidades de saúde trazidas pelos usuários com toda sua complexidade, por vezes com uma abordagem mais focalizada nas questões de saúde mental propriamente ditas, e muitas outras vezes com demandas que emergem para necessidade de uma abordagem conjunta com outros serviços para que integralidade no cuidado se efetive e favoreça o tratamento especializado de fato.

Nas situações envolvendo maior complexidade é utilizado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), enquanto um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas com um indivíduo, uma família ou até mesmo um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. O CAPS II, se tratando de um serviço regional de assistência a usuários em sofrimento psíquico das mais variadas ordens, preza pelo uso do PTS como ferramenta para instrumentalizar as

ações de cuidado e através dele possibilita identificar as reais necessidades de saúde e objetivos a serem atingidos.

O modo como se dá a construção desse PTS com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) me tem sido objeto de questionamentos por entender que as ações que viabilizem a integralidade do cuidado deveriam ser rotina de todos os componentes da RAPS, mas não são de fato, pois ainda nos deparamos com a *fragmentação desse cuidado do usuário ou então o cuidado tradicionalmente centrado na figura médica*. Deste modo, “que PTS é esse(?)” que os componentes da RAPS estão realizando? Como tem sido a construção desse PTS? Qual o conhecimento que os profissionais têm acerca do PTS? Tendo tais questões permeando essa construção do “Projeto Terapêutico Singular pela RAPS” percebo que sempre busquei conhecimentos e troca de experiências para melhorias no processo de trabalho, sendo motivada pelo diferencial que podemos proporcionar na vida das pessoas em sofrimento psíquico.

Penso que **por vezes o PTS realizado atualmente não contempla as necessidades de saúde apresentadas**, mas acredito neste dispositivo como uma ferramenta potente para construir um trabalho em rede, viabilizando o cuidado integral e integrado, sendo um dispositivo de cuidado que favoreça a resolutividade para estes usuários entre outras possibilidades do ponto de vista do trabalho e da gestão.

Promover o desenvolvimento de capacidades dos profissionais de saúde para atuarem com melhores práticas no cotidiano do trabalho torna-se fundamental na atualidade, frente às mudanças sociais implicadas no contexto da saúde pública, uma vez que os usuários têm apresentado necessidades de saúde cada vez mais complexas e que muitas vezes não são alcançadas, justamente por não terem profissionais e serviços capacitados para atendê-los. Como pesquisadora, acredito que a produção de conhecimentos e a capacitação dos profissionais do SUS são fundamentais para a qualificada prestação do cuidado em sua integralidade, de forma efetiva, eficiente e eficaz, que é justamente o foco do Mestrado Profissional em Gestão da Clínica no qual estou inserida.

Vislumbro, pela perspectiva de pesquisadora e profissional servidora pública inserida no cotidiano do SUS através de um serviço especializado em saúde mental

integrante de uma Rede de Atenção Psicossocial, **o potencial transformador do *modus operandi* do PTS e suas variadas dimensões, favorecendo positiva intervenção nas demandas da dada realidade.**

Apontamentos iniciais sobre Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial e Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Buscando contextualizar o percurso da saúde mental como é tratada hoje, considero importante evidenciar a Reforma Psiquiátrica Brasileira que teve início no final da década de 1970, enquanto processo histórico de formulação crítica e prática tendo como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico de atenção e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 2008).

Historicamente a reforma psiquiátrica pode ser relacionada a importantes marcos, como (1) a crítica ao modelo hospitalocêntrico, ocorrida entre os anos de 1978-1991; (2) o início da implantação da rede extra-hospitalar, entre 1992-2000; e (3) a Reforma Psiquiátrica a partir da publicação da Lei Federal 10.216/2001, após 12 anos de tramitação do “Projeto de Lei Paulo Delgado” no Congresso Nacional (BRASIL, 2005).

Muitas batalhas foram travadas para que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave tivessem reconhecidos e preservados os seus direitos, sendo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em suas várias formas de expressão, quem desempenhou por anos o principal papel na formulação teórica e na organização de novas práticas, podendo ser considerado um ator e sujeito político fundamental neste processo (AMARANTE, 2008).

Como marco nas políticas públicas de saúde, concomitante a Reforma Psiquiátrica ocorreu a Reforma Sanitária Brasileira, sendo ela estratégica do ponto de vista da saúde mental pois, a partir desse momento, os profissionais puderam ocupar espaços públicos de poder e de tomada de decisão possibilitando introduzir mudanças no sistema de saúde em um momento de renovação das lideranças da tecnoburocracia no pós ditadura militar. Merece destaque aspectos da universalização, regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade, sendo a cogestão também considerada precursora de novas tendências e modelos no campo das políticas públicas e um marco neste período.(BRASIL, 2005).

Eventos de notoriedade como 8ª Conferência Nacional de Saúde, I Conferência Nacional de Saúde Mental, II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (“Congresso de Bauru”), entre outros podem ser considerados fundamentais nesta trajetória por, enfim, provocar a ruptura ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, deixando de ser restrito ao técnico-assistencial para alcançar uma dimensão mais global e complexa, articulando os campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural em um só tempo (AMARANTE, 2008).

Com a criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), o Ministério da Saúde regulamenta a implantação e o financiamento de novos serviços dessa natureza e consolida as mudanças de paradigma no tratamento às pessoas em sofrimento psíquico grave, favorecendo um modelo de cuidado em saúde mental que compartilha dos princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. O princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva (Brasil, 2005).

Para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, saliento a importância da construção de uma rede comunitária de cuidados, com a articulação de vários equipamentos e serviços, sendo cruciais para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Possivelmente a necessidade de um indivíduo pode ser maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental de um município e para tal se faz necessário uma rede de atenção que também articule outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades (BRASIL, 2005).

Paulo Amarante (2008) traz a saúde mental como um campo (ou área) de conhecimento complexo, plural, intersetorial e com transversalidades de saberes como poucos outros. É justamente por essa dimensão global que a saúde mental apresenta que são necessários instrumentos, dispositivos ou ferramentas que favoreçam o modelo ampliado de tratamento.

1.1. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS

Antes de pensarmos nos modos de ofertar saúde, é preciso contextualizar como se dá a lógica de cuidado pela perspectiva do itinerário terapêutico de um usuário em sofrimento psíquico pelos serviços de saúde. O Brasil considerou a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹, buscando assim a adoção de um modelo de atenção que atendesse às necessidades de saúde da população. Desta forma, foi pactuado em 2010 cinco redes temáticas prioritárias a serem implantadas nas regiões de saúde do país: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)² (Portaria GM/MS n. 4.279/2010).

A RAPS, instituída pela então Portaria GM/MS n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, é composta por algumas *diretrizes, diversos componentes e seus pontos de atenção*, tendo por finalidade a:

“criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011).

Diante da complexidade dos processos de saúde e doença, em especial para nosso interesse, os processos de sofrimento psíquico, é necessário considerar também as complexidades do processo de trabalho em saúde e as

¹ a pesquisadora elaborou mapa mental com as principais informações sobre a Redes de Atenção à Saúde - RAS ([link app Miro.com](#))

² a pesquisadora elaborou mapa mental com as principais informações sobre Rede de Atenção Psicossocial - RAPS ([link app Miro.com](#))

respostas/produtos advindos deste. Sabemos que o Trabalho em Saúde é determinado por dimensões estruturais, particulares e singulares (Silva & Fonseca, 2005), que definem os modos de operar as ações em saúde, as finalidades do trabalho em saúde, as formas de organizar as redes de atenção e também as formas de ser de profissionais e usuários dos serviços de saúde. No contexto capitalista neoliberal que produzimos o SUS, o trabalho em saúde é marcado pela natureza do trabalho neste modelo econômico, ou seja, um trabalho fragmentado, serializado e descontextualizado, dividido em locus específicos de poder-saber, padronizado, centrado na doença e no procedimento biomédico. A partir desta lógica, temos uma distorção da natureza do que deveria ser a finalidade do trabalho em saúde - promover modos de ser e de viver coerentes com as necessidades materiais e imateriais das pessoas, alargando as possibilidades de autonomia, protagonismo sobre as próprias formas de experimentar sentidos de saúde e doença e as singularidades nestes modos de ser e sofrer, tidas como materiais essenciais para compreender e atuar sobre a saúde.

Considerando as tecnologias de cuidado em saúde mental alinhadas com o paradigma da atenção psicossocial (JORGE et al, 2011; LIMA et al 2023), podemos destacar algumas como o vínculo, o acolhimento com resolutividade e o PTS.

Segundo Diniz (2020), o próprio modelo de PTS vem passando por transformações e conceituações desde início de sua implementação, quando um Projeto Terapêutico (PT) vem contrapor a perspectiva unidisciplinar biomédica centrada e propõe uma produção do cuidado em equipe multiprofissional, numa perspectiva interdisciplinar pautada na clínica ampliada. Clínica esta que não permite que a doença ocupe o lugar do sujeito e busca incorporar em seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo. A clínica ampliada propõe olhar para a saúde não negando as técnicas da clínica tradicional, mas as incorporando em um conjunto mais amplo de ações, entrelaçando clínica e política, tratamento e organização institucional, gestão e subjetividade, tendo por pontos essenciais os diversos olhares para a história do sujeito, ampliação do vínculo, corresponsabilização do cuidado e o manejo compartilhado do projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Pela perspectiva do projeto terapêutico em questão, Diniz (2020) traz sua utilização ora como dispositivo (sendo capaz de promover a reflexão dos profissionais sobre suas práticas), ora como arranjo (desenhando novas formas de organizar a gestão e o processo de trabalho) e ora como estratégia de organização do processo de trabalho das equipes de saúde. A depender do autor, o PT também pode assumir novos aspectos e nomenclaturas, como para Merhy o que apresenta como projeto terapêutico individual (PTI), no qual o profissional de saúde é quem assume o papel de gestor e executor deste projeto, voltado tanto para um indivíduo como para um grupo e é articulado tanto entre os profissionais em si, quanto entre estes e os usuários.

A configuração mais próxima do que seja um Projeto Terapêutico Singular (PTS)³ como pensamos hoje surgiu no Brasil, no início da década de 1990 (auge das inquietações quanto às mudanças tecnoassistenciais e influência da reforma psiquiátrica italiana), como relatado por Oliveira (2010) e Chiaverini (2011), que nos apresentam uma conceituação trazendo o termo singular em substituição ao individual, pautando-se no fato de que na saúde coletiva é importante considerar não só o indivíduo, mas todo seu contexto social. O termo “singular” se mostra mais afinado à dinamicidade e complexidade do cuidado humano, podendo o PTS ser pensado para um indivíduo ou um coletivo, sendo também uma inovação na forma de pensar o cuidado para além do “bem-estar físico-psíquico-social”, mas delineando uma nova projetualidade da “produção de vida”, a “invenção da saúde” (Diniz, 2020).

Oliveira (2014) discute a construção do conceito de projeto terapêutico a partir de uma perspectiva histórica, preservando a dimensão de transformação junto ao SUS, o movimento sanitário e a reforma psiquiátrica. O PTS é descrito como sendo um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade, determinando a ação de saúde a ser ofertada para alcançar o objetivo de produzir saúde.

O Projeto Terapêutico Singular - PTS constitui recurso multidimensional de cuidado, gestão do trabalho e formação em serviço, se apresentando como importante resposta para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

³ a pesquisadora elaborou mapa mental com as principais informações sobre Projeto Terapêutico Singular - PTS ([link app Miro.com](#))

na medida que suas diretrizes/bases dialogam com os pressupostos do modelo de Atenção Psicossocial, em especial no que diz respeito a clínica ampliada, clínica do sujeito, e ao trabalho interprofissional e colaborativo (CAMPOS, 1997; CAMPOS, 2000; RODRIGUES & DESCHAMPS, 2016; SILVA & FONSECA, 2005; OLIVEIRA, 2013).

Para Oliveira (2013, p.285), a singularidade seria a razão de ser do PTS, no sentido de que seria "o lócus onde, em função de um sujeito coletivo ou singular, é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde." Esta singularidade seria exatamente a negação do trabalho serializado e descontextualizado, na medida em que sempre vai remeter a experiência da unicidade (seja individual ou coletiva). Também destacamos que a idéia de projeto é fundamental, vai além do sentido de planejar algo, mas sim considera a dimensão ontológica da projetualidade, do devir, da potência de pensar e criar novas realidades, novos possíveis para as singularidades das formas de ser e experimentar processos de sofrimento psíquico. Temos então que o PTS significa formas de negar uma ação em saúde protocolar, focada na doença e no modelo biomédico reducionista, e aponta para possibilidades de superação dos traços manicomialis que ainda permanecem nas práticas de saúde mental observadas em diferentes equipamentos da RAPS. Seu uso tem sido recomendado aos serviços de saúde mental como proposta de cuidado a ser oferecido em conformidade com as necessidades de saúde apresentadas por cada usuário e auxilia no gerenciamento dos casos por este recurso de instrumentalização das ações.

A formulação e operacionalização de um PTS requer 3 movimentos fundamentais, que se interconectam e não são separados cronologicamente: i) coprodução da problematização; ii) coprodução do projeto; iii) co-produção da co-gestão; todos estes tendo como "fundo" processos de avaliação contínuos. O primeiro movimento, coprodução da problematização, envolve o reconhecimento de uma situação problemática, chamada de "caso" pela equipe. Esta ideia de "caso" deve permitir que sejam explicitadas as singularidades da situação (necessidades de saúde, desejos e recursos da pessoa/coletivo alvo do cuidado, graus de autonomia, equidade, saberes do "caso" e sobre o "caso"), e a equipe deve buscar uma postura de abertura e de escuta sensível, ampliada e técnica, mantendo a horizontalidade das relações entre os diferentes profissionais e com o sujeito/coletivo alvo do

cuidado, que deve ser colocado no centro da problematização, isto é, deve ser também autor do que se definirá como "problema" (OLIVEIRA, 2013).

O segundo movimento, coprodução do projeto, implica no desafio de articular as práticas de planejamento com o sentido da projetualidade mencionado anteriormente, pois em geral, as equipes se vêem capturadas por elaborar respostas pragmáticas e não construir conjuntamente novos possíveis. O desafio aqui seria reconstruir o sentido do planejar no cotidiano, possibilitando que os momentos pragmáticos possam ser mais imbuídos da ideia de encontro compartilhado e pactuação compartilhada da finalidade da ação em saúde, buscando preservar a complexidade dos processos, recursos e desejos envolvidos. Deve ser possível que as equipes façam trocas reais de saberes e fazeres, que preservem a dimensão ética envolvida, que considerem uma leitura crítica do contexto, vislumbrando alcances e limites do PTS (OLIVEIRA, 2013).

O terceiro movimento, coprodução da co-gestão/avaliação do processo, pode ser observado nos desejos ou inquietudes das equipes com os espaços coletivos de reunião, por exemplo, quando as equipes percebem dificuldades e limites nas formas de conceber e atuar sobre as demandas e necessidades de saúde colocadas. Sem esta abertura prévia, é bastante improvável trabalhar a partir da lógica do PTS. A cogestão necessita que as equipes de saúde observem a si mesmas como espaços de criação e reflexão, que reconheçam as necessidades de se reverem, de se colocarem em questão. Este movimento inicial é essencial para que as equipes possam incorporar a lógica do PTS como um **dispositivo de cuidado, gestão e formação**. Dada a complexidade requerida para a elaboração e execução de um PTS, este desafio é vivido pelas equipes de saúde que muitas vezes não conseguem viabilizar que todos os usuários do serviço especializado sejam alvo de um PTS completo. Uma forma de enfrentar esta dificuldade seria, a partir da Educação Permanente em saúde (EPS), trabalhar esta lógica e ética de cuidado, para que possa, de forma gradativa, ser apropriada pelas equipes e inspirar uma forma cotidiana de trabalho. Para a execução do PTS temos a figura do profissional de referência, que pode ser qualquer profissional da equipe (independente de sua formação profissional), definido a partir de sua proximidade com o "caso", ou seja, seu vínculo estratégico com o sujeito/coletivo singular. Esta referência tem o papel de mediar e articular processos e ações do PTS em questão,

em especial garantindo avaliações dialógicas em etapas importantes do cuidado, que serão definidas em equipe e com o sujeito/coletivo singular alvo do cuidado (OLIVEIRA, 2013).

No sentido de ilustrar estes movimentos, Oliveira (2013, p.295) aponta questões disparadoras que podem apoiar o início do uso do PTS como dispositivo: "Quem são as pessoas envolvidas no caso?"; "o que elas acham do lugar em que moram e da vida que têm?"; "de que forma o caso surgiu para a equipe?"; "qual é e como vemos a situação envolvida no caso?"; "por que vemos essa situação como um problema?"; "o que a equipe tem feito em relação ao caso?" "o que nos mobiliza neste usuário?"; "como as pessoas procuram superar estas questões?"; "como o usuário e sua família entendem estas ações?". A partir desta sistematização inicial sobre PTS, vamos abordá-lo nas dimensões assistencial, formativa e de gestão.

1.1.1 PTS na dimensão da Assistência

Um recente estudo realizado por Baptista e colaboradores (2020) sobre PTS na saúde mental realizou uma revisão integrativa, evidenciando o PTS como sendo uma ferramenta com grande potencial no cuidado em saúde mental, mas também apontou uma lacuna entre a adequação da sistematização voltada a singularidade e necessidades dos usuários. Tal estudo inclusive sugere explorar outras dimensões em que o PTS seja útil, como estudos que o introduza no cuidado em saúde mental para além da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), contribuindo para uma melhor compreensão do seu potencial terapêutico. Percebo nesta sugestão uma oportunidade para (re)pensar o PTS em suas dimensões intersetoriais e integrais frente a construção do cuidado.

Não são raras as situações de indivíduos que apresentam necessidades de saúde que extrapolam as dimensões/possibilidades oferecidas pelos serviços de saúde mental sendo, nestes casos, proposto a formatação do que pode ser chamado de "compartilhamento do PTS". Neste tipo de compartilhamento as ações propostas neste plano de cuidado tornam-se efetivamente corresponsabilização do usuário e de outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS ou ainda outro serviço ou dispositivo que se fizer necessário para atingir os objetivos esperados.

Quando se formula um PTS relacionado ao que por Oliveira (2008) foi denominado caso complexo não se pode esperar que todo o conjunto de ações que dele surjam se enquadrem totalmente no modo pelo qual um serviço opera. É importante que haja pactuação dessas novas formulações junto às outras equipes e à gestão do serviço e também com usuários e familiares. Para tanto, faz-se necessária a formação de uma rede solidária de cogestão e de sustentação do projeto proposto. Para que essa assistência aconteça, as equipes devem possuir competências que vão ao encontro dessa proposta, ou seja, competências ampliadas de trabalho e os conhecimentos técnicos necessários, desenvolvimento de habilidades fundamentais na relação com o outro de modo a ter atitudes proativas imprescindíveis a cada situação, gerando resultados efetivos que resultem em valor para o usuário ou coletivo em questão (conhecimentos, habilidades, atitudes, resultados e valores - CHARV).

No contexto da Política Nacional de Humanização (2009), podemos dizer que os serviços que utilizam da lógica da clínica ampliada e compartilhada originalmente se comprometem com o sujeito (singularidade) e assumem a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde (responsabilização), solicitam apoio de outros setores (intersectorialidade), reconhecem os limites dos conhecimentos dos seus profissionais e das tecnologias por eles empregadas (resolubilidade) e buscam conhecimentos em diferentes setores, assumindo um compromisso ético pelo cuidado. Do ponto de vista do processo de se fazer a Clínica Ampliada, sabe-se que possuem eixos fundamentais, como: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do “objeto de trabalho”, a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde. O PTS realizado por serviços de saúde mental em conjunto com serviços da RAPS e outros, podem favorecer esse olhar ampliado do ponto de vista da assistência, por trazer complementaridade e nova perspectiva para o usuário e suas necessidades.

1.1.2 O PTS na dimensão da educação

Pela lógica da saúde mental no contexto da Clínica Ampliada e Compartilhada é possível não só observar, mas vivenciar o quanto é benéfico para o usuário do serviço ter esse olhar diferenciado, sendo proposto em algumas situações inclusive

o Apoio Matricial em saúde mental para os dispositivos da Atenção Básica e outros que integrem o PTS. O apoio matricial se dá através de apoio especializado, compartilhamento de experiências, discussões de casos, oferta de ferramentas e estratégias que favoreçam os cuidados prestados a fim de alcançar as necessidades de saúde dos usuários, possibilitando assim o empoderamento destes serviços.

Campos (2007) mostra que essa metodologia de trabalho complementar pode utilizar do apoio matricial em saúde com as equipes e profissionais que dela necessitarem. O apoio matricial oferece uma retaguarda especializada tanto assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes e se dá pela construção compartilhada entre os serviços. O PTS pode claramente ser um produto dessa construção, denotando a potência formadora deste recurso, utilizando-o na educação em serviço e porque não na educação do usuário, favorecendo a corresponsabilização pelo seu tratamento.

1.1.3 O PTS na dimensão da gestão

Esquemáticamente, pelo PTS é possível visualizar a identificação das reais necessidades de saúde, objetivos a serem atingidos, ações a serem desenvolvidas, bem como os atores envolvidos nas etapas do cuidado proposto. A depender do modo de se fazer e o olhar para ele empregado, torna-se muito mais que essa representação visual aqui descrita, pois por meio deste mesmo PTS tem-se a leitura da racionalidade da organização do trabalho em um dado serviço, organização e articulação de uma rede, tendo por produto deste PTS a construção de um cuidado integral e intersetorial de fato.

No Brasil, o PTS tem sido usado, seja de forma adequada ou inadequada, na Atenção Primária à Saúde (APS) em especial pelas equipes de saúde da família (ESF) e núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF, mais recentemente substituídos pelas e-multi (PORTARIA GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023), e também nos equipamentos da RAPS, em especial os CAPS, ambos tendo em comum o recurso do Apoio Matricial (AM) que oferece suporte especializado e interprofissional favorecendo a produção de PTS nestes pontos da RAPS. O Caderno de Atenção Básica (no.39) publicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014) elenca de forma esquemática quatro etapas para a construção de um PTS: i) diagnóstico e análise situacional considerando a Integralidade, a Vulnerabilidade e os recursos de

enfrentamento; ii) definição de ações e metas de forma compartilhada e pactuada; iii) compartilhamento de responsabilidades pelas envolvidos no PTS (usuários, equipes, gestores), definição do profissional de referência; iv) reavaliação dos processos e ações.

Batista e colaboradores (2020) fizeram um estudo de revisão integrativa objetivando analisar as características dos PTS utilizados na atenção à saúde mental. Os resultados confirmaram esta relação entre APS, AM e CAPS como um tripé para a elaboração e execução do PTS na saúde mental; observaram fragilidades na etapa inicial do PTS ligadas a uma escuta não ampliada e carência no uso das tecnologias leve de cuidado; dificuldades e ausências de articulação intersetorial; dificuldade em programas ações conjuntas, inclusive com a exclusão do usuário do processo; dificuldade em compartilhar informações essenciais prejudicando a Interprofissionalidade e a integralidade do cuidado; a escolha do profissional de referência não se dá pelo critério do vínculo, mas sim por uma conveniência logística. No compartilhamento das ações e responsabilidades, o estudo identificou uma grande indefinição dos papéis das equipes dos serviços especializados quando articulados com a APS.

Estudos deste tipo apontam a situação de uso do PTS como uma ferramenta assistencial em saúde mental, mas desconectada de seus pressupostos éticos e epistemológicos, e muitas vezes compreendida e reproduzida como um protocolo, e não como uma nova forma de conceber e agir no trabalho em saúde.

1.2 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE PARA CONSOLIDAÇÃO DO PTS

Pinheiro (2006) define essa integralidade como sendo a articulação de serviços, tecnologias e ações das mais variadas complexidades do sistema capazes de produzir transformações na vida das pessoas. O autor valoriza a criatividade do uso das tecnologias leves para efetivação da integralidade do cuidado e discute como a gestão (organizacional e sistêmica do cuidado) poderiam propiciar ou dificultar a realização desse potencial nos encontros entre profissionais e usuários e nos demais encontros que ocorrem em todos os nós das várias dimensões da rede assistencial

Já Kalichman (2016) traz à tona a construção histórica da integralidade do cuidado, como princípio do SUS tendo relação com duas noções norte-americanas fundamentais: a integração de serviços e a atenção integral (*comprehensive care*). Este pensamento evidencia o norteamento trazido pelo PTS nesse contexto do SUS, quando este busca consolidar uma assistência que de fato atenda o sujeito em sua integralidade, por se dar tanto pelo entendimento do ser humano como um todo “biopsicossocial”, com necessidades de uma assistência integral à saúde, quanto pela necessária integração e articulação das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação que garanta a integralidade da atenção à saúde também do ponto de vista da organização da atenção.

Tratando-se oportunamente da intersetorialidade, Campos e colaboradores (2004) trazem que é um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

Ações como o PTS Compartilhado tendem a promover a integralidade do cuidado uma vez que o usuário passa a não ser somente acompanhado pelos vários serviços/ dispositivos de atenção de forma fragmentada, mas sim o torna pertencente e responsável destes serviços. Também fica em evidência a potência da intersetorialidade com este trabalho em rede favorecendo a estabilização de quadros complexos, acompanhamento destes usuários no território por equipes que efetivamente os conhecem e auxiliam sobremaneira com ações mais focalizadas e assertivas.

Reconhecendo o PTS permeando as várias dimensões do cuidado posso citar a assistência: por contribuir na atenção aos usuários da RAPS favorecendo a integralidade do cuidado; a gestão: por considerá-lo um dispositivo de cuidado resolutivo para o usuário e potente ferramenta para construção e fortalecimento do trabalho em rede e promoção da intersetorialidade; e a educação em saúde: por favorecer educação permanente em serviço e para o serviço, através de suporte especializado e apoio matricial quando necessário, além de possibilitar ao usuário

protagonizar sua trajetória no SUS a partir da aquisição de conhecimentos e educação popular em saúde.

JUSTIFICATIVA

Da perspectiva da saúde mental, percebo que a forma de ofertar cuidado, principalmente aos que possuem questões de saúde complexas, por vezes não contempla as necessidades do usuário em sua integralidade, não utilizando toda potência dos elementos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para cumprir com seu papel de alcance das necessidades de cuidado, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, é quem integra o SUS e estabelece os pontos de atenção, sendo composta por diversos serviços e equipamentos. Pensando no modo de produzir e oferecer o cuidado, estes serviços precisam ser complementares em suas ações e seus profissionais estarem alinhados em suas práticas para que o usuário da rede tenha suas necessidades atendidas efetivamente (Portaria GM/MS n. 4.279/2010).

Também é preciso pensar em todo território e seu potencial para além dos equipamentos/serviços de saúde, como facilitador de projetos de vida, empoderamento e protagonismo dos usuários. Tal visibilidade é descrita pelo Ministério da Saúde (2006) quando trata da rede de atenção à saúde mental do SUS e a define como sendo de base comunitária, tendo a fundamentação da construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

A ideia fundamental é de uma organização em rede capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas, considerando o estigma e as desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos (não apenas de equipamentos de saúde) que pode favorecer ações de cuidado resolutivas, que promovam a autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede é preciso orientar-se pela noção do

território, não somente como área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária e trabalhando com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (BRASIL, 2005).

Uma forma de alinhar as ações de cuidado é através do Projeto Terapêutico Singular que, apesar de ser amplamente abordado há anos, há uma lacuna quando se trata da especificidade de abordar o “Compartilhamento do PTS” nessa rede. Podemos elencar fatores como “o desconhecimento desta ferramenta propriamente dita por gestores e trabalhadores” ou “o desconhecimento da dimensão e potência deste dispositivo para o cuidado integral e intersetorial – como elementos do SUS”. Esta investigação trouxe contribuições para o estudo do PTS na RAPS do município pesquisado, no sentido de evidenciar dados relevantes que indicam elementos essenciais na direção de qualificar as práticas de cuidado na RAPS, em especial as apropriações e usos do PTS como ferramenta potente de cuidado, gestão do trabalho e formação em serviço. O estudo viabilizou a aproximação dos modos pelos quais se dão as construções do PTS enquanto dispositivo de cuidado integral e intersetorial na RAPS de um município de pequeno porte, apontando lacunas significativas e potencialidades importantes neste processo.

2 OBJETIVOS:

2.1 GERAL

Investigar as concepções e experiência da construção do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Atenção Psicossocial de um município de pequeno porte no interior paulista.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever os pontos da RAPS local;
- Descrever as compreensões dos profissionais da RAPS sobre PTS e suas formas de uso (ou não) do PTS;

- Identificar estratégias de cuidado integral e intersetorial em saúde mental, a partir do PTS.

3 RECORTE TEÓRICO METODOLÓGICO:

3.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

A pesquisadora investigou aspectos da realidade, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, vindo ao encontro da descrição de Minayo (2014) quanto a pesquisa qualitativa, aquela que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, podendo esta investigação também ser considerada empírica, descritiva e interpretativa.

Foi utilizado o procedimento de pesquisa de campo, caracterizado por investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realizou coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa, como a participante, neste caso (FONSECA, 2002).

3.2 CONTEXTO DO CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA

É necessário contextualizar como se deu a construção da atenção em saúde mental no município pesquisado através dos componentes da RAPS neste território, uma vez que algumas peculiaridades deram e ainda dão o tom da assistência prestada à essa população.

Para tanto, será elaborada uma breve linha do tempo a fim de contextualizar elementos históricos da construção da RAPS local. Afinal, nenhuma construção histórica conseguiria “reproduzir” as histórias em suas profundezas, assim como nenhuma linha retilínea e progressiva representaria bem a tortuosa (por vezes caótica), trajetória de serviços e de instituições de saúde. Desta forma, esclareço que a **“linha do tempo da história da saúde mental santarritense”** é apenas uma representação de um determinado fragmento da história e de fatos existentes até então.

Figura 1 - Mapa da delimitação de Santa Rita do Passa Quatro/SP



Em 1820, poucas pessoas habitavam a região do município campo de estudo. A região foi sendo povoada e, em 1860, Ignácio Ribeiro do Vale e seu filho Deocleciano Ribeiro, fundaram Santa Rita em terras pertencentes, na época, ao Município de São Simão, sendo o local escolhido uma colina contornada pelo córrego Santa Rita, devido maior proximidade e abundância de águas. O povoado recebeu o nome de “Santa Rita”, em homenagem à doadora (Sra. Rita Ribeiro Vilela), e a denominação “Passa Quatro” foi acrescida em virtude de uma estrada primitiva cortar em quatro pontos o córrego de igual nome. Mudanças na denominação do município ocorreram nos anos seguintes, quando foi construída uma pequena capela dedicada à Santa Rita de Cássia em 1862 e em 1938 passou a denominar-se somente Santa Rita. No entanto, em 1944 voltou a chamar-se Santa Rita do Passa Quatro, tornando-se Estância Climática, através da Lei n.º 719, de 1º de julho de 1950 (IBGE, 2024).

Da Atenção Hospitalar

A **Santa Casa** é atualmente o único hospital geral da cidade e atende toda a população santarritense desde 15/08/1926. Nos anos 60, o Hospital contou com a construção da Maternidade e com um pequeno Centro Cirúrgico e hoje possui 59 leitos implantados, sendo 23 destinados aos usuários SUS (19 de clínica médica, 9 de clínica cirúrgica, 4 de obstetrícia e 4 de pediatria). É uma instituição filantrópica sem fins lucrativos que atende cerca de 4.162 mil pessoas por mês, incluindo

internações, consultas, urgência e emergência, pequenas cirurgias e remoções (DINARDI, 2022).

O Plano de Regional da Rede de Atenção Psicossocial do Aquífero Guarani da DRS XIII - Ribeirão Preto de 2014 pactuou a implantação de 10 leitos de referência em saúde mental em hospital geral para o município, mas até o momento não foi concretizado, sendo novamente pactuado último plano aprovado (DRS XIII, 2022).

Da Atenção Psicossocial Estratégica e da Estratégia de Desinstitucionalização

O hoje hospital especializado CAIS-SR (Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita), inicialmente denominado “**Sanatório Colônia Santa Rita**”, foi construído na década de 40 (inauguração em 22 de abril de 1949) com a finalidade de tratamento aos portadores de Tuberculose Pulmonar. Ao final de 1973, passou a pertencer à área de Psiquiatria, objetivando assistência a pacientes psiquiátricos e/ou com intercorrência de Tuberculose; denominando-se, a partir de então, **Hospital Psiquiátrico de Santa Rita do Passa Quatro** (GOBI SR, 2010).

Por quase 20 anos o hospital manteve-se fiel ao modelo assistencial asilar. A partir de 1990, quando começa a se concretizar a transformação da assistência psiquiátrica preconizada pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Hospital Psiquiátrico não conseguiu inserir-se totalmente nas mudanças, passando por um período de “Intervenção” (setembro a dezembro de 1995) para a realização do diagnóstico situacional, depois de ter solicitado seu credenciamento em Psiquiatria IV, de acordo com a Portaria MS 224/92. Em janeiro de 1996 foi empossada uma nova Diretoria, dando continuidade ao processo de reestruturação já iniciado e definindo como clientela o morador crônico asilado, alterando o cadastro para 400 leitos de longa permanência, na época denominados “Fora de Possibilidade Terapêutica” (FPT). Para adequação à Portaria MS 224/92 foram contratados aproximadamente 160 funcionários da área da saúde para as diversas funções técnicas (GOBI SR, 2010).

Buscando romper a lógica manicomial, asilar e segregadora e seguir os princípios da humanização do tratamento em psiquiatria, o novo modelo assistencial propunha a intervenção em equipe multiprofissional, a partir das condições físicas, potencialidades e necessidades dos pacientes, iniciando em janeiro de 1997 as

atividades de um Núcleo de Moradias Protegidas chamado de **Serviço de Moradias Protegidas (SMP)**⁴, ainda nas dependências físicas da área hospitalar, para atender aos pacientes/moradores em longo período de internação psiquiátrica. É importante reforçar que ainda não haviam legislações e/ou diretrizes vigentes a esse respeito, sendo o Hospital Psiquiátrico de Santa Rita do Passa Quatro um dos pioneiros neste tipo de abordagem terapêutica (GOBI SR, 2010).

Assim como o hospital passou por modificações de acordo com as políticas de saúde e necessidades vigentes em cada momento histórico, não foi diferente com os Programas de Atenção Integral. Em sintonia com a política de saúde mental, preconizando o atendimento ambulatorial e a manutenção do vínculo sócio familiar, a prevenção da internação integral para evitar a cronificação e preconizar o atendimento ambulatorial, em dezembro de 1998 foi implantado o **Centro de Atenção Psicossocial II - Espaço Verde** (CAPS II - Espaço Verde), sob gestão estadual, compondo o complexo de serviços ofertados pelo então Hospital Psiquiátrico de Santa Rita (Projeto Terapêutico CAIS-SR, 2020).

Em novembro de 1999 foi oficializada a reestruturação organizacional do Hospital Psiquiátrico, com base no Projeto Terapêutico Institucional apresentado, transformando-o então no “**Centro de Atenção Integral à Saúde de Santa Rita – CAIS-SR**” : um estabelecimento de Saúde Mental vinculado à Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Hoje tem por finalidade prestar assistência especializada na área de saúde mental e apresenta diversos serviços em sua estrutura e Programas de Atenção Integral, tanto hospitalares quanto ambulatoriais (Regimento Interno CAIS-SR, 2019).

Tendo em vista a qualificação da assistência oferecida, em outubro de 2004 transformou o Centro de Atenção Psicossocial - Espaço Verde em um **CAPS III - Espaço Verde**, passando a contar com 05 leitos de acolhimento noturno (Projeto Terapêutico CAIS-SR, 2020).

Novas transformações ocorreram no CAIS em 2008, com a mudança da região administrativa de saúde do DRS de Araraquara para o Departamento Regional de Saúde XIII, de Ribeirão Preto. Os serviços prestados se reorganizaram

⁴ Ao longo do trabalho serão utilizadas as nomenclaturas **Serviço de Moradias Protegidas** pela pesquisadora (termo registrado e publicado), mas também **Serviço de Residências Terapêuticas** pelos participantes (termo comum de uso entre os mesmos), porém, ambos os termos remetem ao mesmo serviço.

em torno da nova conformação e, paralelamente eram iniciados os atendimentos aos portadores de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Ainda naquele ano, um **Centro de Atenção Psicossocial tipo AD III** foi inaugurado, agora para atendimento à demanda em álcool e outras drogas, oferecendo atendimento 24 horas e contando com 04 leitos de acolhimento noturno (ALVES, 2014).

No ano de 2016 ocorreu a unificação entre os CAPS Espaço Verde e o CAPS AD além de sua reclassificação, tornando-se desta forma **novamente CAPS II - Espaço Verde**. O objetivo era otimizar recursos humanos, regularizar o cadastro junto ao Ministério da Saúde, uniformizar o faturamento, bem como atender as exigências da vigilância sanitária naquele momento. Ainda no ano de 2016, a equipe do Serviço de Moradias Protegidas (SMP) iniciou uma supervisão técnica para revisão e modificação do processo de trabalho e assistência destinada à clientela. No decorrer desse processo, ocorreu a unificação das equipes técnicas do SMP e CAPS e os profissionais do CAPS II Espaço Verde foram incluídos nas discussões dessa supervisão (Projeto Terapêutico CAI-SR, 2020).

Hoje o CAPS II - Espaço Verde é um serviço extra-hospitalar de atenção psicossocial, referência no tratamento e acompanhamento ambulatorial de pessoas, a partir de 13 anos de idade, que apresentam transtorno mental severo e persistente e pessoas com transtornos de comportamento decorrente do uso indevido de substâncias psicoativas. O serviço atende os usuários referenciados pela rede de serviços de saúde dos municípios pactuados do DRS XIII – Ribeirão Preto, prioritariamente os munícipes, além dos pacientes/moradores do Serviço Moradias Protegidas (SMP) do CAIS-SR, todos integralmente residentes no território extra institucional (Projeto Terapêutico CAIS-SR, 2020).

Já no município de Santa Rita, em 28/03/2000 iniciaram as atividades do primeiro **Ambulatório Municipal de Saúde Mental**, contando com idealizadores empenhados no acompanhamento psicológico e psiquiátrico dos munícipes que apresentavam quadro com necessidades de cuidado em saúde mental de leve a moderado (AZEVEDO, 2000).

Em 16/02/2024 foi inaugurado um novo Ambulatório Municipal de Saúde Mental Mário José Pereira Neto, com equipe multiprofissional e espaço mais

adequado para atendimento à população, uma vez que o local anterior não contemplava espaço físico para atendimentos simultâneos, atendimento grupal ou ainda para reunião de equipe (SANTA RITA DO PASSA QUATRO, 2024).

Da Atenção Básica

A Atenção Básica teve suas atividades iniciadas na década de 1980 com a implantação de dois **Centros de Saúde** e uma última unidade nesses moldes com atividades a partir de 02/12/2019. Neste modo de trabalho não há territorialização e adscrição da clientela atendida, sendo que os três serviços atendem toda a população, independente da área geográfica de residência. Com a implantação de dois serviços da **Saúde da Família** em meados de 2003, ocorreu a territorialização de parte da população do município, hoje contando com quatro serviços cadastrados nestes moldes, sendo que um destes foi reinaugurado e iniciou suas atividades em 01/09/2023 (posterior ao período de coleta de dados)(CNES, 14/03/2024).

Das Urgências e Emergências

O **Pronto Socorro** (PS) local é parte integrante da Santa Casa, tem funcionamento 24 horas diárias e é financiado com recursos da Prefeitura Municipal, já o **SAMU** desde 13/05/2013 é quem faz os atendimentos básicos do tipo pré-hospitalar, com a devida remoção dos munícipes ao PS local (DINARDI, 2022).

Contexto da RAPS do município até o momento da coleta de dados: a pesquisa de campo se deu na [Rede de Atenção Psicossocial – RAPS Santarritense](#)⁵, incluindo seus diferentes atores, serviços e territórios do município, cidade do interior do estado de São Paulo e integrante do Departamento Regional de Saúde DRS XIII – Ribeirão Preto. Para tal, foram considerados como componentes da RAPS descritos na Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Ministério da Saúde).

⁵A pesquisadora construiu a visualização do mapa da RAPS Santarritense com a ferramenta do **Google Maps** ([link](#));

*Foram utilizadas nomenclaturas universais na descrição das unidades para favorecer a compreensão

**CAIS SR é um Complexo de Serviços, o qual compreende: NAD (Núcleo de Álcool e Drogas) - Núcleo de Internação Especializada em Dependência Química de média permanência (até 45 dias de internação); Unid. 1 - internação psiquiátrica de longa permanência; CAPS II; SMP - Serviço de Moradias Protegidas e NCP - Núcleo de Cuidados Prolongados (Ligado à Rede de Urgências e Emergências - RUE),

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de junho de 2020 apontando os estabelecimentos de saúde cadastrados com atendimento SUS no município de Santa Rita do Passa Quatro (CNES 20/06/2020), a RAPS do município (até o momento da coleta de dados) era constituída pelos seguintes componentes:

Quadro 1 Componentes da RAPS Santarritense (até o momento da coleta de dados).¹

Atenção Básica	3 Unidades Básicas de Saúde, sendo: 1 Centro de Saúde II - UBS CSII* 1 PAS CAIC - UBS CAIC* 1 PAS José Rodrigues Palhares - UBS CSI*
	2 Estratégias de Saúde da Família, sendo: 1 PSF Dr. Miguel Bello - PSF São Luiz* 1 PSF Dulce Rodrigues de Campos - PSF da Estrela*
Atenção Psicossocial estratégica	1 CAPS II Regional - CAPS II Espaço Verde* (do CAIS-SR**) 1 Ambulatório de Saúde Mental*
Atenção de urgência e emergência	1 Unidade de Suporte Básico - SAMU*
	1 Pronto Socorro - PS* (da Santa Casa)
Atenção Hospitalar	1 Serviço Hospitalar Especializado de Referência para internação Integral em Dependência Química - Internação DQ* chamado NAD (do CAIS-SR**)
Estratégia de Desinstitucionalização	1 Serviço de Moradias Protegidas - SMP* (do CAIS-SR**) - composto por 14 residências totalizando 92 moradores

Fonte: adaptado pela pesquisadora (2021)

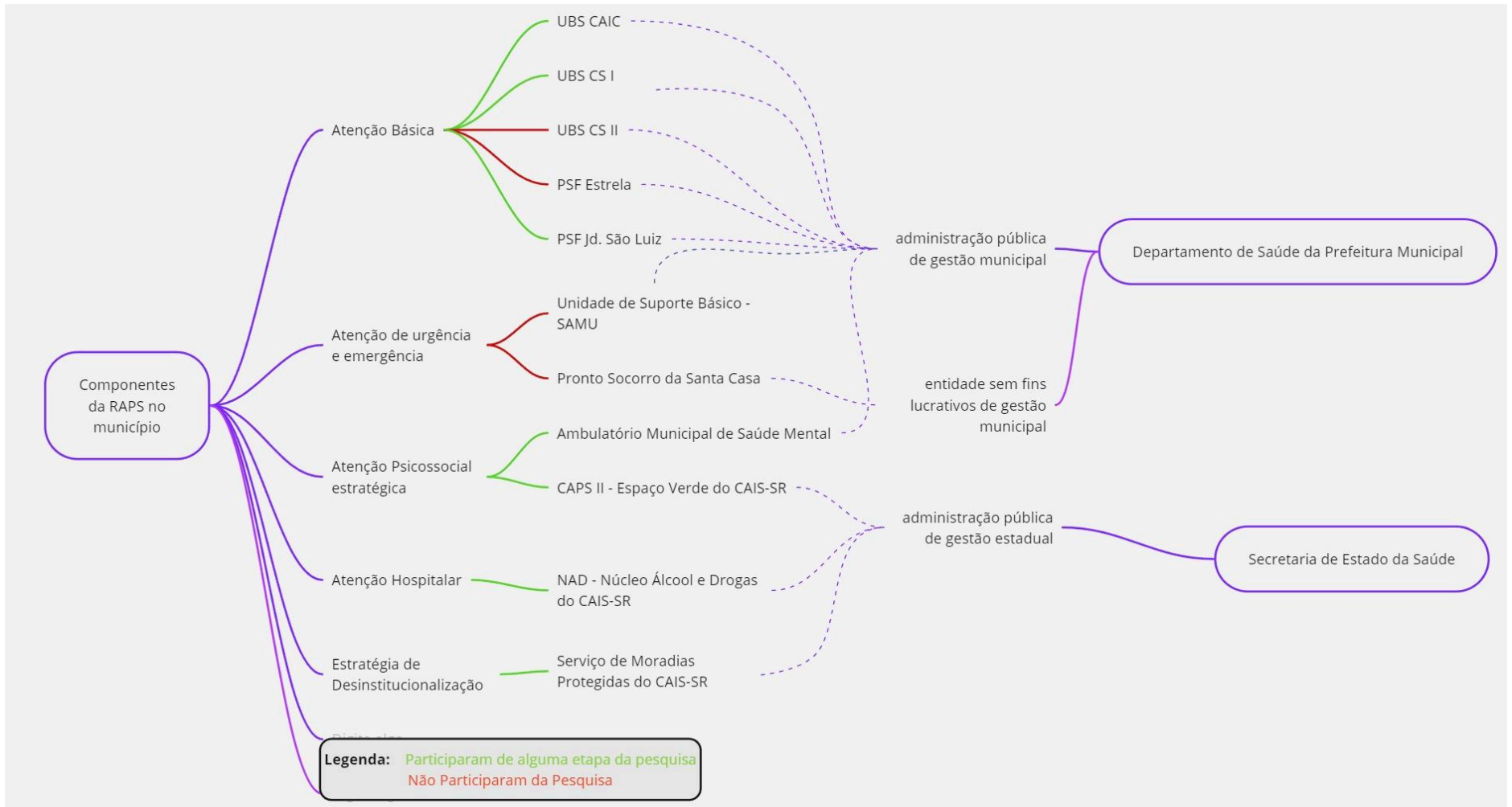
Cada ponto da RAPS, ou seja, os 11 serviços descritos no quadro 1, fez parte do campo empírico da pesquisa. Para cada serviço convidado a participar, foi proposto a realização de entrevista com o gestor, aplicação de questionário ao mesmo e realização de entrevista com os profissionais das equipes de saúde dos referidos serviços.

Ressalto saber, enquanto pesquisadora profissional da RAPS, que APAE, Hospital Geral (sem leito de psiquiatria cadastrado), CREAS, CRAS, além de Conselhos Municipais, atendem diversas necessidades da população e frequentemente são envolvidos em ações em rede para garantia da integralidade do cuidado, mas, por não comporem oficialmente a RAPS conforme componentes

descritos na Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, não foram incluídos como parte do campo empírico da pesquisa.

Após contatos prévios, somente 7 serviços participaram de pelo menos uma das etapas da pesquisa, conforme imagem 1 logo a seguir e devo ressaltar que o fato da administração ser realizada por entidades distintas (municipal e estadual), acaba por afetar direta e indiretamente nas relações entre os componentes desta rede:

Figura 2 Demonstra os serviços descritos e sua relação com a pesquisa



Fonte: [Elaborada pela pesquisadora \(2022\)](#)

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados a participar das etapas da pesquisa os diferentes atores que integram a RAPS do município, conforme as etapas:

1. Etapa 1 – Gestores: foram convidados os gestores de todos os serviços da RAPS (Quadro 1) para entrevistas semiestruturadas e mapeamento.
2. Etapa 2 – Profissionais: foram convidados a responder um questionário de caracterização todos profissionais dos estabelecimentos de saúde com os critérios a saber:
 - a. Profissionais de saúde da RAPS de Santa Rita
 - b. Atuantes nos serviços da RAPS de Santa Rita do Passa Quatro há pelo menos 1 ano.
 - c. Identificados na fase de mapeamento (etapa 1) como os que realizam assistência direta aos usuários.
3. Etapa 3 – Profissionais: os profissionais que informaram no questionário de caracterização vivência na utilização do PTS e/ou compartilhamento do PTS na RAPS foram convidados para esta etapa de entrevista.

Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam em licença, férias e/ou afastamentos ou que foram remanejados de setor no momento da coleta de dados, bem como também aqueles que não aceitaram ou desistiram de participar da pesquisa.

É necessário detalhar sobre esta etapa e forma de recrutamento, uma vez que a pandemia COVID interferiu sobremaneira:

- Devido ao início da coleta de dados coincidir com o ápice de uma das ondas de contágio pela COVID 19, foi sugerido pelo Coordenador Técnico do Núcleo Executivo de Vigilância em Saúde

(NEVS) da UFSCar que todas as etapas ocorressem remotamente, portanto ocorreram dificuldades para que os responsáveis pelos serviços e o próprio Departamento Municipal de Saúde disponibilizasse e-mails e/ou outras formas de contato para que a pesquisadora realizasse o convite para participação na pesquisa.

- Diante disto, oportunamente a pesquisadora aproveitou momentos de reuniões de rede para apresentação da pesquisa e adquirir tais e-mails para efetivação do convite para participação, e-mails estes que não foram todos prontamente cedidos e tão pouco respondidos, exigindo novos investimentos por parte da pesquisadora, muitas vezes precisando contactar os profissionais e gestores individualmente por via telefônica nos serviços, adquirindo contato telefônico pessoal (WhatsApp) dos mesmos para então enviar o convite. Os concordantes receberam por esse mesmo meio de contato o questionário de caracterização.

- Aos respondentes do questionário de caracterização que se enquadraram nos critérios de seleção, foi proposto agendamento para entrevista semi estruturada na modalidade virtual, contando com todos os vieses com relação à disponibilidade de tempo, horários, recursos tecnológicos disponíveis, variáveis de conectividade entre outros fatores interferentes e não passíveis de previsão.

- Parte das entrevistas ocorreram remotamente conforme agendamento prévio e algumas entrevistas ocorreram em momentos de encontros presenciais de reunião de rede ou discussão de caso (uma vez que as atividades da pesquisadora enquanto profissional da saúde mental do SUS não havia sido suspensa), não ocorrendo deslocamentos não previstos por parte da pesquisadora e entrevistados.

Considero que tais situações foram dificultadores e seriam minimizados na execução de uma coleta de dados toda no modo presencial.

3.4 CUIDADOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, para aprovação deste estudo, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa através da

Plataforma BRASIL enquanto sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS/MS e Conselho Nacional de Saúde e pelos Comitês de Ética em Pesquisa), em conformidade com Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016 do Ministério da Saúde.(BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Este estudo foi analisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), órgão responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas, sob parecer consubstanciado número 4.881.464 de agosto de 2021 (Anexo A).

3.5 TRABALHO DE CAMPO

Vale destacar que a pesquisadora, como dito anteriormente na apresentação desta dissertação, é integrante da equipe de profissionais da RAPS, elemento este facilitador da inserção no campo e do contato com os participantes do estudo. A pesquisa foi, então, realizada em três etapas:

1ª Etapa - Caracterização e entrevista dos gestores da RAPS: consistiu na caracterização e realização de entrevista com os gestores dos serviços da RAPS: baseando-se no primeiro objetivo específico, com a finalidade de mapeamento da RAPS do município composta pelos componentes elencados na Resolução nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011) enquanto rede de atenção e suporte aos usuários dos serviços de saúde mental. Considerando o PTS, foram identificados seus pontos, seu funcionamento dentro da rede ampliada/compartilhada e integrada às estratégias de cuidado em uma perspectiva integral e intersetorial através de entrevista semiestruturada com roteiro pré-definido. (Roteiros das entrevistas e Questionário de Caracterização nos Apêndices 1 e 2)

Para esta etapa a pesquisadora elaborou os instrumentos (Apêndice 1 e 2) com a intencionalidade de nortear a entrevista dos gestores e traçar um panorama da situação social e do que ocorre em cada locus pesquisado, possibilitando um mapeamento inicial do campo a ser estudado. Este instrumento foi elaborado com base na citação que Neves (2006) fez sobre o estudo de SCHATZMAN e STRAUSS

no livro “Field Research”. Esses autores apontam o mapeamento dos serviços por meio das três esferas, sendo: o mapa social, o mapa espacial e o mapa temporal.

A entrevista como fonte de informação forneceu dados subjetivos constituindo uma “representação da realidade: idéias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro e razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2009, p. 65).

Os gestores dos 11 serviços já mencionados no Quadro 1 foram convidados para esta etapa da pesquisa através de e-mail, WhatsApp e contatos na rede. Diante da aceitação, mas dificuldade no agendamento de encontros virtuais síncronos, a pesquisadora utilizou dos encontros na própria rede para coletar os dados.

2ª Etapa - Caracterização dos Profissionais da RAPS: consistiu da aplicação de um Questionário de Caracterização (Apêndice 3) aos profissionais participantes da pesquisa, em consonância com o segundo objetivo específico: caracterizar os profissionais dos pontos da RAPS e destacar aqueles que utilizam ou já utilizaram o PTS como dispositivo de cuidado. Foram convidados a responder este questionário, todos os profissionais de saúde dos 11 serviços que compõem a RAPS de Santa Rita para diante deste conhecimento prévio estreitar a aproximação, com foco no objeto de pesquisa.

A aplicação do questionário foi realizada de modo remoto, através de divulgação por e-mail. Diante da ausência de devolutivas suficientes, a pesquisadora necessitou modificar a estratégia de convite, utilizando de contato individualizado por aplicativo de rede social whatsapp e também dos encontros na rede para aplicação aos que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa.

3ª Etapa - Entrevista semiestruturada com os profissionais da RAPS: Os participantes que, no questionário, referiram utilizar do PTS em seu trabalho foram então convidados para uma entrevista com roteiro semiestruturado (apêndice 4). Inicialmente, planejou-se um cálculo para definir o total de entrevistados, sendo que para cada serviço da RAPS (11 no total), a pesquisadora destacaria aqueles

que indicassem no questionário, experiência prévia com PTS e limitaria a 2 profissionais por serviço, totalizando assim 22 entrevistados, visando selecionar para a etapa da entrevista as pessoas com experiência de PTS, bem como definir um número significativo e exequível de entrevistas. Porém, com o número reduzido de profissionais que aceitaram participar da pesquisa e responder ao questionário, a pesquisadora optou por realizar entrevista com todos os respondentes que fosse possível realizar agendamento e não se enquadrassem nos critérios de exclusão.

Em todos os momentos foi apresentado o projeto e colhido a concordância à participação na pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 6). Todos os participantes foram identificados por códigos (sendo G para os Gestores e P para os profissionais), visando preservar o anonimato nos resultados e futuras publicações, impossibilitando a identificação.

As entrevistas foram registradas no formato de anotações, vídeo e áudio, objetivando que os registros fossem fidedignos. O uso das entrevistas possibilitou a construção de uma série de possibilidades de informações visando uma reflexão sobre os discursos dos entrevistados.

Acredito que a entrevista proporcionou um espaço de fala e escuta em que participantes se sentiram à vontade para falar livremente sobre suas ações, impressões e sentimentos a respeito da utilização do PTS na rede, bem como sobre as dificuldades e potências deste trabalho em rede, assim podendo a pesquisadora compreender como a estratégia do compartilhamento do PTS acontece de fato, bem como se concretiza a articulação realizada entre serviços, usuário e comunidade, com base no objeto de pesquisa.

A entrevista é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo, e destina-se a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, sendo caracterizada pela sua forma de organização. Segundo Minayo (2014), a entrevista semi aberta facilita a abordagem e assegura que os pressupostos possam integrar o diálogo, e neste caso, ter uma melhor compreensão da construção do PTS compartilhado.

Os instrumentos de coleta de dados não precisaram ser readaptados durante o percurso de realização da investigação, mesmo sendo previsto nas características das pesquisas qualitativas.

Quadro 2 Instrumentos utilizados na pesquisa de acordo com suas etapas

Instrumentos		
Etapa 1 Caracterização dos gestores e Entrevista com gestores	Etapa 2 Questionário de Caracterização dos profissionais	Etapa 3 Entrevista com profissionais trabalhadores
Roteiro dirigido (Apêndices 1 e 2)	Questionário Sociodemográfico (Apêndice 3)	Roteiro semiaberto - objetivo e subjetivo (Apêndice 4)

Fonte: dados da pesquisadora (2022)

Nas etapas de caracterização dos gestores e profissionais (etapas 1 e 2 do quadro 2) foram considerados aspectos como a formação geral, formação em saúde mental, etnia, tempo e local de atuação profissional, além da auto-referência sobre conhecimento/uso do PTS.

Durante a entrevista, para os gestores (etapa 1) foi abordado sobre a organização do trabalho e como o PTS se articula com esses processos, já para os profissionais (etapa 3) foi abordado sobre o conhecimento e o modo de utilizar o PTS na Rede de Atenção Psicossocial do ponto de vista conceitual e também prático.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram analisados pela perspectiva da análise temática de conteúdo segundo Minayo (2009; 2014), que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analítico em observação. A análise de conteúdo permite uma compreensão inicial do conjunto de sentidos, em seguida apreender as

particularidades e articular com bases teóricas e empíricas que viabilizam a interpretação dos dados.

O material de pesquisa foi organizado da seguinte forma:

Fase 1 - Do registro, transcrição e organização dos dados

Para cada participante foi criada uma pasta e atribuído um código de identificação (sendo P para os profissionais e G para os gestores) e nela armazenado o material correspondente a cada entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas de forma literal.

A escuta dos áudios e a leitura das transcrições foi realizada repetidas vezes para cada entrevista. A primeira leitura (leitura flutuante) das entrevistas visou à familiarização da pesquisadora com o material e a internalização do conteúdo de cada participante e mantidos as hipóteses e objetivos, retomando então a fase exploratória, leitura exaustiva do material e indagações iniciais, embasada nos objetivos da pesquisa.

Em seguida foram feitos destaques e determinadas as frases, a delimitação do contexto de compreensão e os recortes, identificando-os com cores diferentes, dos conteúdos referentes aos objetivos da pesquisa e no que a pesquisadora ia identificando de conteúdo significativo, como forma de categorização, a partir da codificação e dos conceitos teóricos mais gerais.

Para organização das informações a pesquisadora utilizou dos recursos do editor de planilhas Excel e do software de análise de dados qualitativos ATLAS.ti.

Fase 2- Exploração do material com análise de sentido para cada participante (individual)

Como etapa classificatória da pesquisa buscando alcançar o núcleo de compreensão do texto, a pesquisadora construiu quadros com os núcleos de sentido para cada participante, iluminando a entrevista e seu conteúdo bruto a partir dos objetivos específicos e demais conteúdos significativos e até mesmo não previstos nos objetivos.

Este processo de redução do texto a palavras e expressões significativas produziu um quadro de núcleo de sentido de cada participante, buscando com que todos contemplassem a riqueza dos dados da entrevista.

As duas primeiras análises foram realizadas primeiramente pela pesquisadora e posteriormente pela orientadora, construindo assim o percurso e a lógica na construção de sentidos, buscando a fidedignidade da análise. Após a análise das duas primeiras entrevistas a pesquisadora recorreu ao aprofundamento do aporte teórico para posteriormente continuar as análises das entrevistas seguintes. Este processo produziu, para cada participante, um conjunto de núcleos de sentido, articulados aos objetivos da pesquisa.

Fase 3- Exploração transversal do conjunto de núcleos de sentido (análise grupal)

Nesta etapa buscou-se transversalizar os dados individuais, promovendo a construção de categorias analíticas que representassem o grupo participante. A partir do conjunto de núcleos de sentido individuais, formaram-se conjuntos de subcategorias definidas por semelhança semântica, estas resultaram nas categorias analíticas, com respectivas subcategorias.

A discussão dos resultados apoiou-se na literatura específica, experiência e reflexão da pesquisadora. Destacamos alguns referenciais teóricos de apoio: Modelo de Atenção Psicossocial, Integralidade do Cuidado, Intersetorialidade, Rede de Atenção Psicossocial, Projeto Terapêutico Singular e Trabalho em Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente estão descritas as características dos participantes da pesquisa e posteriormente, discute-se as categorias de análise produzidas.

4.1 APRESENTAÇÃO DO PERFIL DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Aceitaram participar da pesquisa gestores de 7 serviços que contemplam alguns dos componentes da RAPS, sendo 3 da Atenção Básica (1 PSF e 2 UBS), 2 de serviços Especializados (1 CAPS e 1 Ambulatório de Saúde Mental), 1 da Atenção Hospitalar (Internação em Dependência Química) e 1 da Estratégia de Reabilitação (SMP). Saliento que gestores dos Serviços de Urgência e Emergência não responderam aos convites, mesmo após contato prévio por e-mail e apresentação do projeto de pesquisa.

Destaca-se alguns pontos descritivos do grupo. Sobre a classificação racial, o método adotado foi de auto atribuição de pertença, no qual os participantes escolheram o grupo ao qual se consideram membros e destes sete participantes gestores um se auto declarou negro. Com relação ao gênero, todos se consideraram do gênero feminino. Relacionado à formação complementar, apenas um referiu não possuir qualquer tipo de Pós-Graduação. Com relação à experiência prévia na gestão de outros serviços de Saúde, dois declararam terem sido gestores em outros momentos.

Observa-se no Quadro 3 algumas características relacionadas à formação dos gestores e sua atuação na RAPS.

Quadro 3 Caracterização dos Gestores pela formação

PARTICIPANTE	JÁ FEZ PÓS GRADUAÇÃO NA ÁREA DE ATUAÇÃO OU FORMAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL? QUAL?	QUAL DISPOSITIVO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) VOCÊ ATUA HOJE?	HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ É GESTOR DESTE SERVIÇO? (em anos)
G1	Especialista em Saúde Mental	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL (Atenção Hospitalar Especializada - Dependência Química)	5 anos
G2	Especialização na área de formação	CAPS (Atenção Psicossocial Estratégica)	2 anos

G3	Especialização em Psiquiatria e Saúde Mental/ Especialização na área de formação/ Mestrado na área de Psiquiatria	ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF (Atenção Básica)	4 anos e meio
G4	Não	SERVIÇOS de MORADIA PROTEGIDA (Estratégias de Desinstitucionalização)	4 anos
G5	Especialização em Saúde Mental	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL (Atenção Psicossocial Estratégica)	10 anos
G6	Especialização na área de atuação/ Mestrado em Saúde Pública	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS (Atenção Básica)	15 anos
G7	Especialização em Saúde Pública	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS (Atenção Básica)	9 anos

Fonte: dados da pesquisadora (2022)

No que tange a formação geral, todos os gestores possuem formação no campo da saúde, sendo que os gestores da atenção básica são enfermeiros, os gestores dos serviços especializados são terapeuta ocupacional e psicólogo, o gestor do serviço de internação é assistente social e o da estratégia de desinstitucionalização é terapeuta ocupacional. O tempo de formação varia de dezoito a quarenta anos, e a formação de pós-graduação, somente um gestor não possui nenhuma formação, sendo que os demais (86%) possuem pelo menos especialização. Somente dois gestores (28%) possuem pós-graduação na área da saúde mental, sendo um atuante nos serviços estratégicos e outro na atenção básica, inclusive com especialização e mestrado na área da psiquiatria. Há uma grande variação no tempo de gestão, sendo de dois a quinze anos à frente do serviço.

Quanto ao uso do PTS pelo serviço no qual os gestores atuam, fica evidenciado uma articulação entre diversos setores para além dos serviços de saúde:

Quadro 4 Caracterização dos Gestores pelo uso do PTS na RAPS

PARTICIPANTE	O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) É UTILIZADO PELO SEU SERVIÇO?	SE SIM, O PTS É VIVENCIADO COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, INCLUINDO OUTRAS ÁREAS DE INTERFACE COM A SAÚDE? QUAIS?
G1	SIM	Assistência Social, Judiciário, Segurança Pública.
G2	SIM	Atenção básica, ambulatório de saúde mental, centros de assistência social.
G3	SIM	O PTS sempre envolve a articulação com diversos serviços e profissionais, tais como do município (CRAS/ CREAS/ CAIS) e de outros municípios (HCRP, HERP, etc)
G4	SIM	Estratégia de Saúde da Família, Ambulatório de Saúde Mental, Unidade Básica de Saúde
G5	NÃO	
G6	SIM	Ambulatório de Saúde Mental, Assistência Social (CRAS e CREAS), Nutricionista, Fonoaudióloga, Clínica Médica
G7	NÃO	

Fonte: Dados da Pesquisadora (2022)

Evidenciamos que 71% dos gestores consideram a utilização do PTS compartilhado com a RAPS, sendo praticamente unanimidade as articulações com os serviços do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, exceto o gestor do SMP (G4) que não referiu tal vivência. Os dois gestores que referem não utilizar o PTS em seus serviços compõem a atenção básica (G7) e componente estratégico de saúde mental (G5), respectivamente, porém os profissionais do ASM consideram utilizar o dispositivo do PTS de uma forma “não estruturada”.

Com relação a participação dos profissionais da RAPS, responderam ao questionário 23 profissionais dos serviços relacionados à Atenção Básica, Serviços Especializados, Atenção Hospitalar e Estratégias de Reabilitação, não tendo nenhuma devolutiva ou resposta dos profissionais dos serviços de Emergência, mesmo após a pesquisadora solicitar aos gestores dos serviços a mediação com as referidas equipes algumas vezes. Desses 23 profissionais participantes, 3 referiram não conhecer sobre o PTS e 8 não foi possível agendar entrevista em momentos síncronos, portanto, obedecendo aos critérios de exclusão, totalizamos 12 profissionais entrevistados. Com relação ao gênero, onze se declararam pelo gênero feminino e apenas um do gênero masculino. Quanto à classificação racial todos se autodeclararam brancos.

A seguir, apresentamos a caracterização relativa à formação e atuação dos doze profissionais entrevistados.

Quadro 5 Caracterização dos profissionais da RAPS de acordo com formação, local de atuação na RAPS e formação específica em Saúde Mental

PARTICIPANTES	IDADE (intervalo)	ESCOLARIDADE	JÁ FEZ PÓS GRADUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL?	LOCAL DE ATUAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)?	TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO?
P1	35 a 60 anos	ENSINO SUPERIOR COMPLETO	NÃO	CAPS e SERVIÇO MORADIA PROTEGIDA	19 anos
P2		PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO	NÃO	SERVIÇO MORADIA PROTEGIDA	8 anos
P3		ENSINO SUPERIOR COMPLETO	NÃO	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	11 anos
P4		ENSINO MÉDIO COMPLETO	NÃO	ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF	6 anos
P5		PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO	Lato sensu	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL	7 anos
P6		PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO	Stricto sensu	CAPS e SERVIÇO MORADIA PROTEGIDA	25 anos no CAIS. 1 ano e meio no CAPS
P7		ENSINO SUPERIOR COMPLETO	NÃO	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL	7 anos
P8		ENSINO SUPERIOR COMPLETO	NÃO	AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL	7 anos
P9		PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO	NÃO	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	10 anos
P10		PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO	Stricto sensu	CAPS	15 anos
P11		ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	NÃO	ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF	8 anos
P12		PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO	Lato sensu	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	10 anos

Fonte: Dados da Pesquisadora (2022)

Iniciando pelo componente de atuação, dois entrevistados atuam na Atenção Básica, enquanto outros 10 compõem os serviços estratégicos de saúde mental, sendo três dos ASM, três do CAPS, um dos SMP e três do serviço de Internação Especializado em Dependência Química.

A variação de idade é de 35 a 60 anos e no que tange o tempo de atuação nos serviços, há uma variação de 6 a 26 anos, que é possível considerar de longa data. Quanto à formação, cinco possuem pós-graduação e outros cinco possuem ensino superior completo, enquanto um possui ensino superior incompleto (em formação) e um possui ensino médio completo. Todos os que possuem ensino superior ou mais (91%) são especificamente da área da saúde, considerando inclusive quem está cursando. Já o tempo de formação apresentou uma variação entre 11 a 39 anos. Ainda com relação a formação, dos doze profissionais entrevistados, seis referiram possuir pós-graduação, sendo que quatro destes (33%) apresentam pós-graduação na área de Saúde Mental (*Lato ou Stricto sensu*). Todos estes quatro profissionais atuam em serviços especializados (ASM, CAPS, Serviço Hospitalar Especializado) e continuam participando de cursos e eventos na área de atuação.

No que tange somente participações em cursos de extensão e eventos, foram três os profissionais que relataram apenas este tipo de formação complementar em Saúde Mental, enquanto outros cinco profissionais referiram não possuir nenhuma formação ou contato com a temática. Vale ressaltar que dos cinco profissionais que referiram não possuir nenhuma formação em saúde mental, dois compõem o serviço da atenção básica e três atuam em serviços estratégicos de atenção à saúde mental (ASM, CAPS e Serviço Hospitalar Especializado).

A seguir temos dados da formação complementar na área da saúde mental.

Figura 3 Formação Complementar dos Profissionais em Saúde Mental



Fonte: elaborada pela pesquisadora com base nos questionários de caracterização (2022)

Podemos perceber que não há, ainda, formalização de uma exigência dos serviços quanto a capacitação/especialização prévia em saúde mental e/ou ações de educação em serviço por parte desses profissionais atuantes na RAPS, haja visto que 25% tiveram seus contatos com a temática (Saúde Mental) apenas em eventos e 42% não tiveram nenhum contato específico. Ressalto que são esses profissionais que atendem diretamente aos usuários dos serviços de saúde e estão atuantes há pelo menos 6 anos nos serviços, inclusive serviços estratégicos.

Há que se considerar, como já apontado por outros autores, as necessidades de formação dos profissionais inseridos no campo da saúde mental, visando mudanças de práticas objetivando a consolidação da desinstitucionalização, sendo necessário para isso uma formação profissional dentro desse contexto proposto pelo SUS (PATRIOTA, 2011).

Buscando melhor entendimento de como se dá essa articulação do PTS na RAPS, inclusive com os serviços de interface com a saúde, como os do SUAS), iniciaremos as análises das entrevistas, com a apresentação das categorias a partir da análise temática de conteúdo a seguir.

4.2 DOS NÚCLEOS DE SENTIDO ÀS CATEGORIAS ANALÍTICAS

Partindo para a análise mais ampla, a pesquisadora gostaria de tratar do percurso realizado, iniciando pela codificação das entrevistas, passando pelos núcleos de sentido até chegar às categorias analíticas tratadas neste trabalho.

4.2.1 Da Codificação

Aos discursos foram atribuídos códigos com cores especificando os temas dos quais tratavam, sendo distribuídos em três grandes áreas temáticas, sendo: *relacionadas ao PTS propriamente dito* (rosa), *relacionados a organização dos serviços e possíveis influenciadores na utilização do PTS na RAPS* (em amarelo) e *relacionados a articulação da RAPS e estratégias de cuidado integral e intersetorial* (azul). Também foram codificados os **sentimentos** (preto) mencionados pelos participantes em alguns momentos e a correlação com **outros códigos** (verde).

A seguir apresento o quadro exemplificando a etapa de codificação das entrevistas, com os códigos utilizados nos discursos.

Quadro 6 Codificação atribuída de acordo com a temática central envolvida nas entrevistas

Código	Descrição do critério de análise
<ul style="list-style-type: none"> Como compreende o PTS e Suas Implicações 	<p>- O que é o PTS/ - Seus Objetivos / - Como deve ser feito um PTS/ - Para quem é destinado o PTS/ Primeiros contatos com o PTS: - Como foi/ Quem Apresentou/ - Teve treinamentos ou acompanhamento/</p>
<ul style="list-style-type: none"> Educação e atuação profissional à partir do PTS 	<p>Evidências quanto a racionalidade dos entrevistados sobre a educação em/para o serviço relacionado ao PTS.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Experiência e o modo de realizar o PTS 	<p>- Narrativa da construção do PTS atualmente e os Elementos envolvidos/Aspectos Considerados Relatos do: -Tempo de utilização do PTS - Como tem sido a utilização do PTS</p> <p><u>Aspectos Considerados:</u> 1- Objetivos do PTS (Traçar estratégias de intervenção para contemplar as necessidades do sujeito de forma singular, considerando equipe, território, família e o próprio usuário); 2- Dimensões do PTS (Assistência, Trabalho e Gestão); 3- Etapas do PTS (Hipóteses, Objetivos, Responsabilidades e reavaliação e monitoramento); 3- Elementos do PTS - Singularidade/ Horizontalidade/ Coprodução e Cogestão/ Vulnerabilidade/ Articulação em rede/ Discussão em equipe.</p> <p><u>Elementos principais:</u>1- Articulação Equipe + Prof. Ref. + Usuário em TODOS os momentos em uma relação horizontal; 2- Ter discussão em Equipe e com outros serviços; 3- Ter avaliação e monitoramento das ações; 4- Ter Coprodução e Cogestão do processo terapêutico; 5- Garantir a singularidade do caso; 6- ter um tempo; 7- Ser um dispositivo de integração e organização das equipes; 8- Ser um projeto com usuário e familiares (sentido de projetualidade) e 9- Ter uma situação complexa (de vulnerabilidade)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Tecnologias e estratégias de cuidado 	<p>Trata dos recursos utilizados para realização do cuidado: Tecnologias empregadas (leve, duras e leve-duras), além dos recursos de Matriciamento, discussões de caso e afins...</p>
<ul style="list-style-type: none"> Organização da Assistência in loco e as práticas de cuidado e gestão 	<p>As lógicas de funcionamento de cada equipamento (modelo de assistência) Traz evidências ou elementos do modelo de assistência ofertado, organização das equipes e do trabalho. São consideradas evidências de ações individuais ou coletivas realizadas pelos profissionais conforme estabelecido pelo serviço</p>
<ul style="list-style-type: none"> Das principais dificuldades na prática de cuidado e gestão 	<p>Evidências das fragilidades encontradas pelos gestores enquanto dificultadores/prejudiciais para o serviço. Evidências relacionadas a identificação de necessidades dos atores envolvidos, que refletem significativamente na assistência prestada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Potências da Gestão 	<p>Evidências dos potenciais considerados pelos gestores enquanto favorecedores/qualificadores do serviço.</p>
<ul style="list-style-type: none"> A construção da Intersetorialidade - a lógica e suas contradições 	<p>Evidências de como essa Rede tem se constituído, pela ótica dos atores envolvidos e sua racionalidade. Como tem se constituído essa articulação entre os serviços da RAPS: Envolve quais componentes da RAPS? - Segue as diretrizes? - Foi operacionalizada?- Está cumprindo com os objetivos da RAPS?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Fragilidade da atenção à crise - 	<p>Evidências de como a atenção à crise tem se dado no município (de forma limitada e pouco articulada.)</p>

Urgência em Saúde Mental	
● Interprofissionalidade no cuidado em Saúde Mental	A dialética do trabalho nuclear e de Campo
● relação entre os pontos da RAPS - produção da RAPS	Como tem se construído a relação entre os pontos da RAPS, estratégias de ação e operacionalização
● Sentimentos	Quais têm sido os sentimentos verbalizados pelos profissionais/gestores.
● Serviços de difícil articulação	Serviços citados como de difícil articulação
● Serviços de fácil articulação	Evidências dos Serviços citados como de fácil articulação para desenvolvimento do PTS ou ausência de queixas a respeito de dificuldades

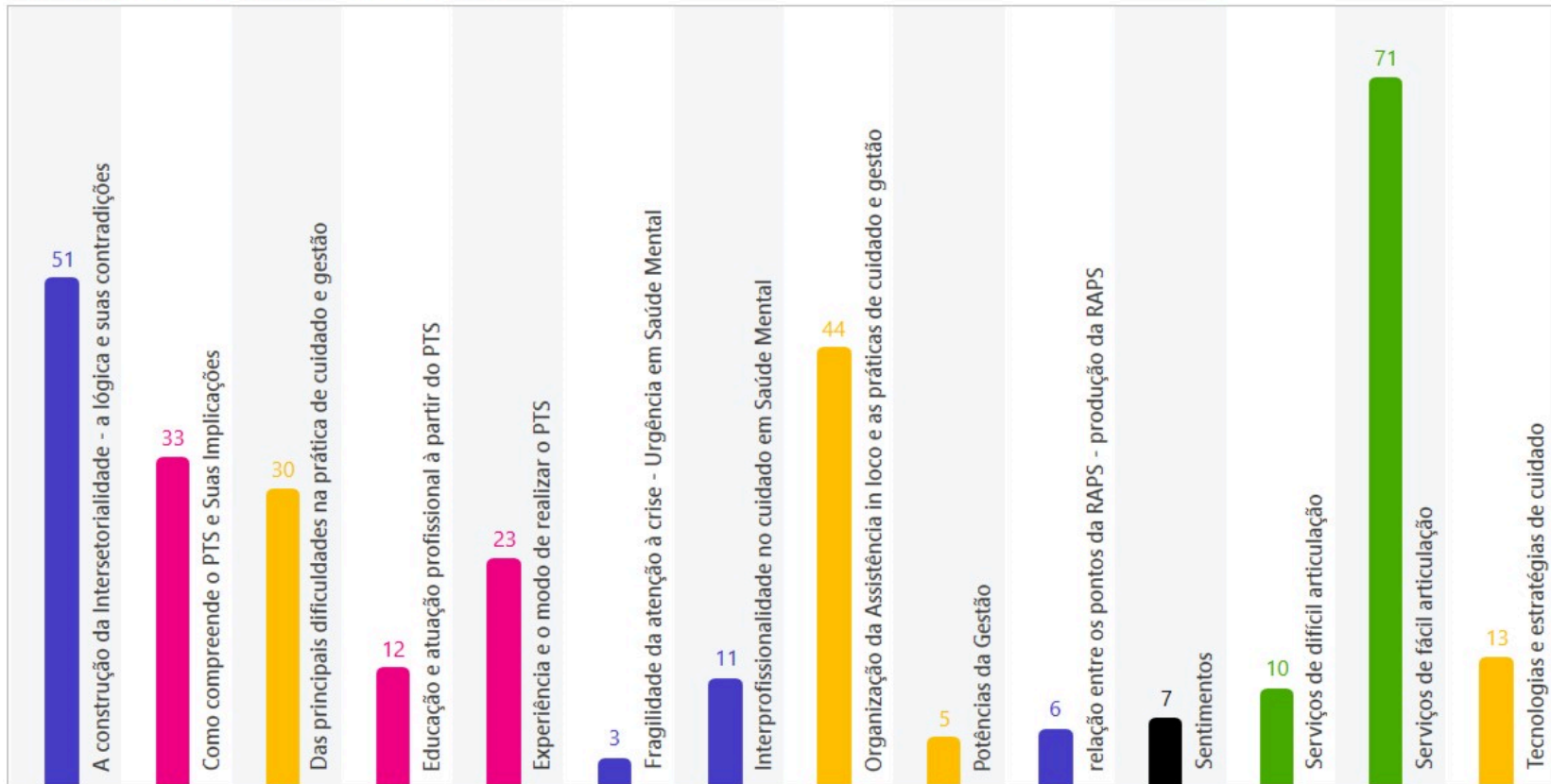
Fonte: Dados da pesquisadora (2023)

Para a codificação, foram considerados conceitos que a literatura nos traz a respeito de Saúde Mental, Integralidade do Cuidado, Intersetorialidade, Rede de Atenção Psicossocial e Projeto Terapêutico Singular, além de outros correlacionados.

Trago a seguir um gráfico representativo de todos os códigos encontrados e o respectivo quantitativo de menções.

Figura 4 Distribuição dos códigos atribuídos aos discursos.

Distribuição de código entre documentos



Fonte: Dados da pesquisadora (2023)

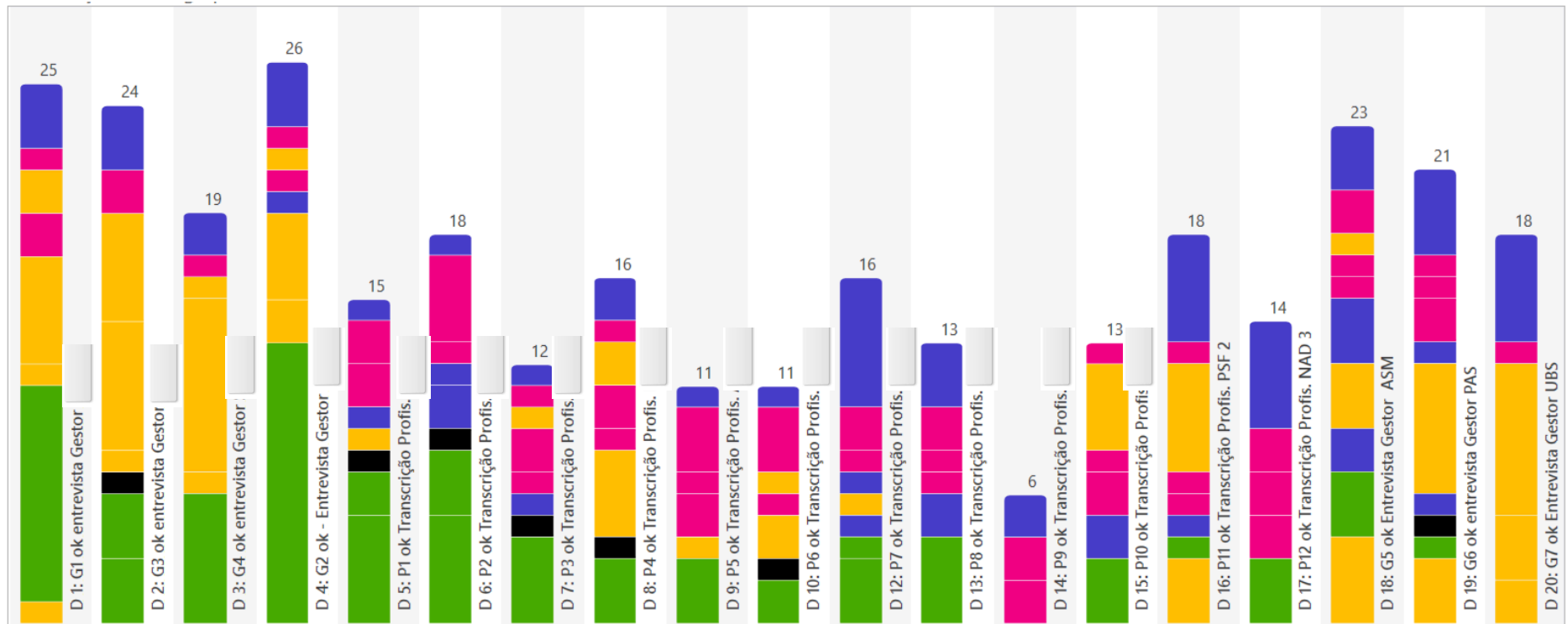
É possível perceber a recorrência nas codificações “A construção da intersectorialidade - a lógica e suas contradições” (azul), “Como compreende o PTS e suas implicações” (rosa), “Organização da Assistência in loco e as práticas de cuidado e gestão”(amarelo), com pelo menos trinta e três discursos para cada um desses códigos, nos trazendo evidências dos entrevistados de como o PTS permeia pela RAPS a partir das práticas assistenciais e gerenciais empregadas. As **duas barras em verde compreendem os serviços citados pelos profissionais** e as suas impressões quanto a intersectorialidade como sendo de **fácil***, neutra ou difícil articulação.

Foram analisados os dados dos 19 entrevistados, sendo 12 profissionais (descritos como P1 a P12) e sete gestores (descritos como G1 a G7).

Buscando compreender o corpo dos conteúdos das entrevistas individualmente, mostrarei a distribuição das codificações por participante, lembrando que as evidências aqui serão tratadas conforme as três áreas temáticas elencadas pelos bloco de cores **relacionadas ao PTS propriamente dito (rosa)**, **relacionados a organização dos serviços e possíveis influenciadores na utilização do PTS na RAPS (em amarelo)** e **relacionados a articulação da RAPS e estratégias de cuidado integral e intersectorial (azul)**

A seguir, é possível visualizar como se deu a distribuição dos códigos por participante:

Figura 5 Distribuição dos códigos por participante



Fonte: dados da pesquisadora (2023)

Legenda:

D1-D20: Documentos Analisados (G1-G7: Gestores; P1-P12: Profissionais)

Ex.: D1:G1 refere-se ao documento 1 analisado, que é a entrevista do gestor 1

Quantidade de Menções

-PTS propriamente dito (rosa)

-Organização dos serviços e possíveis influenciadores na utilização do PTS na RAPS (amarelo)

-Articulação da RAPS e estratégias de cuidado integral e intersetorial (azul)

-serviços citados pelos entrevistados

Os gestores discutiram mais sobre a organização da assistência (35 menções), seguidos pela construção da Intersetorialidade (23 menções) enquanto os profissionais focaram mais na construção da Intersetorialidade (28 menções) seguidos pelo PTS e suas implicações (24 menções). Veja nas figuras a seguir os quantitativos dos códigos mencionados pelos gestores e profissionais.

Figura 6 Distribuição dos códigos dos gestores

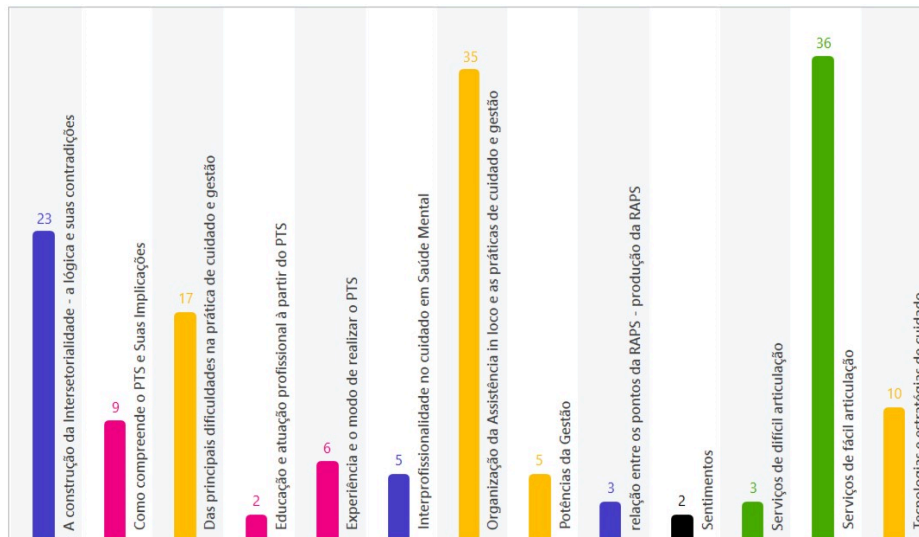
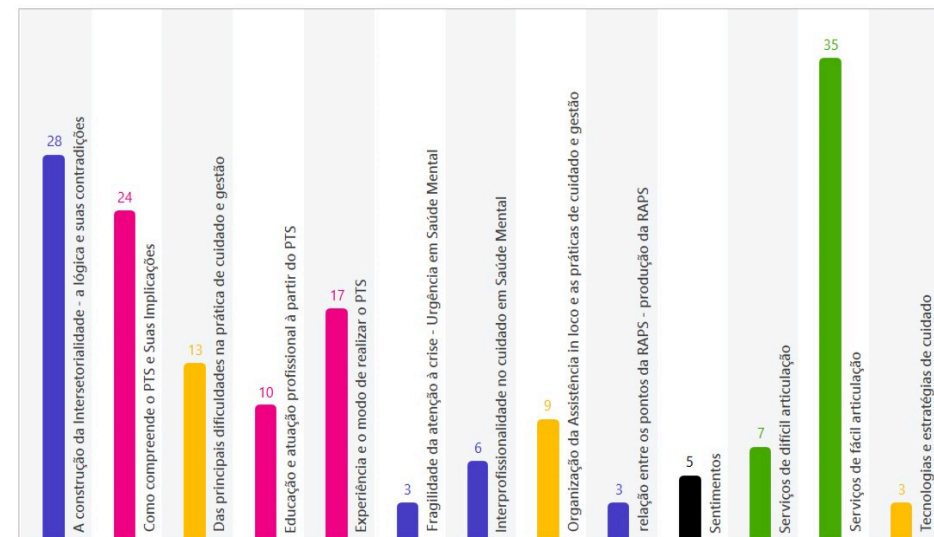


Figura 6 Distribuição dos códigos dos profissionais



Fonte: dados da pesquisadora (2023)

4.2.2 Análise e Discussão das Categorias Analíticas

A análise temática resultou em 3 conjuntos de categorias analíticas:

- I. ***relacionadas ao PTS PROPRIAMENTE DITO, compreendendo três subcategorias***
 - I.A. Como compreende o PTS e Suas Implicações
 - I.B. Experiência e o modo de realizar o PTS
 - I.C. Educação e atuação profissional à partir do PTS
- II. ***relacionados a ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E POSSÍVEIS INFLUENCIADORES NA UTILIZAÇÃO DO PTS NA RAPS, compreendendo duas subcategorias***
 - II.A. Organização da Assistência *in loco* e as tecnologias e estratégias de cuidado e gestão
 - II.B. Das principais dificuldades e potências na prática de cuidado/assistência e gestão
- III. ***relacionados a ARTICULAÇÃO DA RAPS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO INTEGRAL E INTERSETORIAL compreendendo também duas subcategorias***
 - III.A. Do micro ao macro: a interprofissionalidade, a relação entre os pontos da RAPS (produção da RAPS) e a construção da Intersetorialidade (a lógica e suas contradições) no cuidado em Saúde Mental.
 - III.B. Fragilidade da atenção à crise - Urgência em Saúde Mental

No apêndice 10 é apresentado o link de acesso ao material completo desta etapa, mas a seguir são citadas evidências relacionadas a cada Categoria Analítica.

Categoria I - relacionadas ao *PTS Propriamente Dito*:

Subcategoria I.A. Como compreende o PTS e Suas Implicações - refere-se aos discursos dos significados do que acreditam ser um PTS e seu objetivo, quais os aspectos consideram na realização de um PTS, como acreditam que deveria ser um PTS e a quem é destinado.

Quando tratamos do que é um PTS pela ótica dos entrevistados, podemos perceber uma apropriação conceitual parcial em relação a ferramenta. A seguir vemos trechos no qual o conceito de *singularidade* é interpretado como “individualidade” e as necessidades do usuário são consideradas como “contribuintes da elaboração do PTS” e não protagonista em si.

“Bom, pra mim, pelo que eu entendo o PTS seria, assim: É um projeto onde você elabora de acordo com a individualidade de cada paciente ... você vai perceber o que realmente ele necessita, quais são as potencialidades que você pode desenvolver, o que você pode estar ajudando, contribuindo com esse PTS para que o paciente fique melhor. Então eu acho assim, é você levar em consideração as necessidades, a individualidade e formular esse PTS em cima disso, do que realmente o paciente necessita.” (P1 - CAPS)

“O PTS é o projeto, né, singular para o indivíduo, para o paciente, vinculado às demandas que ele traz pra gente no convívio, na escuta, no acolhimento. É direcionado para ele (usuário) e compartilhado com a equipe e com a família para que a gente (profissional) possa ter uma estruturação melhor de quais são as referências (pontos) que a gente vai atuar com esse paciente, esse usuário do serviço.” (P5 - ASM)

Podemos perceber que há uma lógica de consciência de singularidade, além de envolver inclinações para a vulnerabilidade e envolvimento de outros atores que não somente o profissional e o usuário, como também familiares e outros pares, porém é perceptível que o profissional é o principal ator na elaboração do PTS e o usuário é transformado na finalidade deste projeto, pois são utilizadas as suas demandas como instrumento de trabalho.

Ao analisarmos inicialmente os trechos percebemos uma certa coerência com Oliveira (2009) pelos discursos trazerem a definição do PTS alinhada com um projeto individualizado e focado nas necessidades do paciente e trazer alguns elementos essenciais, como a individualidade, as potencialidades e as necessidades do usuário. Por essa ótica, até poderíamos considerar que os trechos oferecem uma visão geral do Projeto Terapêutico Singular (PTS), destacando sua importância como ferramenta para a humanização do cuidado e a promoção da saúde, além de destacar-se também a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta para a organização e o

direcionamento do cuidado individualizado, com base na escuta qualificada, na participação da equipe e da família, além da busca pela qualidade e efetividade das intervenções.

Aprofundando mais, visualizamos que há uma apropriação parcial no sentido dialético sobre os princípios do PTS, quando o participante entende que o PTS é uma ferramenta de identificação de necessidades e produção de cuidado, mas deixa de perceber a ideia de singularidade (no trecho sendo traduzida como individualidade) e o protagonismo do usuário no próprio projeto, apesar de estar como centro do PTS. Não foram raros os momentos nos quais os participantes trouxeram um olhar para o PTS com destaque a conceitos importantes como a singularidade, o protagonismo do usuário e o profissional de referência como apoiador do processo terapêutico. Quando trata-se de individualidade e singularidade, muitas vezes esses termos são utilizados como sinônimos, mas aqui serão tratados pela perspectiva de (OLIVEIRA, G. N., 2007), na qual a singularidade é pautada fundamentalmente no fato de na saúde coletiva ser considerado não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social.

O tema central do trecho a seguir é a natureza do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um plano individualizado e construído em conjunto com o cliente, em oposição à visão tradicional de um plano imposto pelo profissional.

“O PTS é o Projeto do que é importante para o indivíduo. São as coisas que eu deveria, enquanto profissional, estar junto com o cliente para que seja realizado. Eu acho que é, assim, não é o que eu acho que é para ser. Eu acho que é o que o sujeito entende, né. Não é uma normalidade dessas, assim, que... como que eu vou discutir o que é normal, agora. Olha como é difícil, né, mas assim do que eu acho que é importante. Eu acho que tem que ser o que ele (sujeito) acha. Eu acho que referência também é isso, a referência anda junto. Eu confesso que esse termo ‘PTS Compartilhado’ eu só ouvi aqui, quando eu cheguei no CAPS, né, essa denominação. Para mim, um PTS é sempre compartilhado, né. E quando a gente coloca, a gente precisa de articulações, de estratégias da rede que tá o indivíduo, né. E às vezes eu fico pensando que fica aparecendo nomes, né, para coisas que já existem. Acho que pra gente legitimar. Eu acho que talvez apareça essa coisa do compartilhado para legitimar, né. Está sendo difícil compartilhar coisas.” (P6 - CAPS)

O trecho analisado destaca a importância de um PTS que seja verdadeiramente individualizado e construído em conjunto com o cliente,

reconhecendo seus desafios e buscando superá-los para garantir um cuidado mais humanizado e eficaz. Diferente da visão clínica tradicional de um plano imposto pelo profissional, o participante traz a preocupação do PTS com foco nas necessidades e desejos do usuário, participação ativa deste na construção do PTS ao invés de um mero receptor de intervenção, além da flexibilidade do PTS ao permitir que seja adaptado ao longo do tempo conforme as necessidades do usuário.

Não são distantes os desafios apresentados, como o compartilhamento do PTS entre os profissionais e a rede de apoio, sendo fundamental uma adequada articulação da rede de apoio para o acompanhamento do usuário, mas nem sempre é fácil. Tanto que na necessidade de legitimar o PTS pode levar à criação de termos como "PTS Compartilhado", mesmo que a ideia central já esteja presente na concepção original do PTS. Slomp e colaboradores (2015) também chama a atenção para este tópico ao abordar a construção coletiva e compartilhada do projeto terapêutico, uma vez que, já atendendo à ideia de projeto terapêutico como conceituado anteriormente nos traz que o, *"é quando se envolve toda uma equipe de saúde, além do próprio usuário, da sua rede familiar {que não se reduz a papai, mamãe e filhinhos} e por vezes da comunidade, produzindo-se uma construção coletiva, aliás por isso mesmo chegamos a chamá-lo de projeto terapêutico 'compartilhado' "*, porém não o eleva a um novo conceito, mas sim reforçando a possibilidade de um cuidado compartilhado por meio do PTS. (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015).

Pensando na efetivação do PTS sabemos da importância de articulações necessárias para um cuidado que de fato responda às necessidades de saúde dos usuários. Para tanto são necessárias ações que favoreçam a intersetorialidade enquanto processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes e linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. Esta intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, G. W.; BARROS; CASTRO, 2004).

Com relação aos objetivos de um PTS é possível observar que consideraram-no como um instrumento para garantir o cuidado integral (“*integralidade*”) por apresentar o intuito de compreender e suprir as necessidades de saúde do usuário, além da “*singularidade*” no que compreendem a necessidade de continuidade da assistência conforme as necessidades individuais, trazendo diversos sentidos para o PTS. Ocorre que há também uma compreensão rígida e pautada na impossibilidade de falha no processo deste trabalho, além de não trazer o protagonismo do usuário em questão e não haver coprodução e cogestão deste PTS com os envolvidos, o que não caracteriza a um real PTS. Deste modo é perceptível a apropriação parcial das características do PTS, uma vez que as “falhas” do processo poderiam ser utilizadas no momento de reavaliação enquanto propulsor de novos modos de produzir essa saúde.

“(O PTS) É todo planejamento de vida, de trabalho do morador...de rotina de cuidados, tanto parte da casa mesmo, de cuidados com a higiene e a rotina da casa além de cuidados médicos, cuidados com a saúde, passeios, organização com famílias, parte financeira, garantir direitos financeiros e direitos com a vida social.O PTS Compartilhando para mim é realmente eu dividir com toda a equipe que trabalha com aquele paciente, com aquele morador, para poder estar realmente todo mundo conseguindo cumprir todas as metas, para não ter nenhuma falha naquilo que foi programado e aquilo que é necessário para poder ter um bom desenvolvimento do paciente, para todo mundo conseguir cumprir com aquilo, para não ter uma falha no meio do caminho e não se cumprir nenhum acordo, nenhum tratado e para garantir que tenha continuidade no serviço.” (P2 - SMP)

“Considero o PTS uma forma imprescindível de esquematizar o plano de cuidados para o paciente, pois facilita muito as ações a serem feitas.” (G3 - PSF)

“Eu acredito que com o Projeto Terapêutico a gente consegue ter uma visão mais ampla do que consegue trabalhar com o paciente, né. Fica mais próxima as ações. E o projeto compartilhado seria assim, no caso o trabalho com a rede... que a gente pudesse tá compartilhando com a rede as ações que a gente traça com paciente.” (P8 - ASM)

Há sim uma preocupação dos ‘profissionais gestores de caso’ em utilizar o PTS para garantir a continuidade do cuidado “a todo custo” por toda equipe envolvida diretamente com o usuário, reforçando a idéia deste PTS como potencializador da integralidade do cuidado com a preocupação em garantir que o

PTS seja executado conforme o planejamento inicial com foco no usuário do serviço, sendo este a finalidade, porém o primeiro trecho analisado, apesar de considerar as diferentes áreas da vida do morador, deixa de considerar a importância de um PTS que mantenha sua natureza de construção colaborativa, dinâmica e flexível, com foco na autonomia e protagonismo deste morador.

Com relação a tratativa do “*compartilhamento do PTS*” com os demais serviços da RAPS há uma compreensão equivocada e frágil, quando percebemos que este compartilhar é a distribuição de tarefas ou então o compartilhar dos objetivos, deixando de lado novamente o aspecto da “*coprodução*” e pactuação das ações por não realizar em conjunto com os outros atores envolvidos no cuidado do usuário, trazendo uma ideia de unidirecionalidade da proposta terapêutica, com envolvimento pontual de outros atores.

Os trechos analisados reforçam a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído, a partir das demandas do usuário, como ferramenta para a organização, o direcionamento, a integração e a individualização do cuidado ao paciente, com base em uma visão geral e pouco aprofundada, mas com aproximação das ações, no compartilhamento com a rede de apoio, na participação da equipe e na busca pela qualidade e efetividade das intervenções. Pela visão de um gestor, o trecho analisado reforça a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta para a organização e o direcionamento do cuidado, mas o reduz somente a isso, desconsiderando todo o potencial desta ferramenta.

Não restam dúvidas que, para os participantes, o compartilhamento do PTS é fundamental para o sucesso do cuidado, envolvendo equipe, família e rede de apoio e a sua utilização destaca-se na importância do PTS para a organização, o direcionamento, a integração e a individualização do cuidado ao usuário, no entanto, há que se lembrar que o conhecimento do sujeito deve ser construído a partir de uma escuta qualificada, acolhimento e interação com este (reconhecendo sua expertise sobre sua vida), equipe e apoiadores. Esta pluralidade de saberes/interdisciplinaridade e reconhecimento de sua posição central no processo de cuidado é fundamental para efetiva humanização do cuidado e reconhecimento da individualidade, necessidades e desejos do usuário, favorecendo assim a promoção da autonomia e corresponsabilidade pelo cuidado. (OLIVEIRA, 2009;

NERIS, 2010)

Com relação aos elementos fundamentais de um PTS, consideramos a *relação horizontal, discussão em equipe, coprodução, cogestão, temporalidade, singularidade, vulnerabilidade, avaliação e monitoramento das ações, projetualidade e o PTS como dispositivo de integração e organização das equipes*. Podemos observar, principalmente na fala dos gestores, que há uma consideração e articulação destes aspectos, porém de modo pouco integrado e com alguns elementos ausentes.

"Na minha visão, ele (PTS) é um instrumento que se utiliza de propostas e condutas terapêuticas de forma articulada, individual ou coletiva... de forma que a gente possa potencializar o modelo de atenção, naquela questão que eu te falei de produção de saúde, de melhorar o adoecimento, levando sempre em consideração a singularidade, levando em consideração a integralidade. Então pra mim é uma estratégia, um instrumento que a gente utiliza. É que nem eu te falei, ele não está sistematizado, talvez a gente não o trabalha da forma ampla e complexa que ele é, mas parcialmente eu o vejo nessas questões como eu disse da gente tentar uma atenção multidisciplinar, porque pra mim todo problema de saúde ele tem multicausalidade, ele não é só físico, ele não é só mental, ou ele não é só econômico, ou só social." (G6 - UBS)

"Eu fui aprendendo a ver que o projeto terapêutico singular é uma proposta de ações, na verdade, é aquele momento em que você conhece o usuário, em que, geralmente não sozinha, mas através da reunião de equipe, você pensa numa prospecção daquele indivíduo, na vida dele dali para a frente, o que está faltando para aquele indivíduo, quais são os objetivos para ele e, conseqüentemente, você pensa nas formas como aqueles objetivos vão ser alcançados, alguns mais distantes, uns outros mais imediatos. E, geralmente, quando eu falo em projeto terapêutico, eu penso na vida daquela pessoa para fora (do serviço). Muitas vezes, a ação daquele projeto é ali conosco, com técnico de referência ou outro profissional, porém sempre pensando nele dali para fora, na sua inserção social." (G2 - CAPS)

Nestes trechos o PTS é definido como uma proposta de ações que visa o futuro do indivíduo e se utiliza de propostas e condutas terapêuticas de forma articulada. É preciso considerar o olhar dos entrevistados, por serem gestores de serviços em pontos distintos da RAPS mas com entendimentos convergentes ao considerar que o uso do PTS pode potencializar o modelo de atenção à saúde considerando elementos como a singularidade, integralidade, conhecimento do

usuário, prospecção da vida do indivíduo, identificação de necessidades e objetivos, além de definir formas para alcançar os objetivos, foco na inserção social do indivíduo. Apesar da apropriação parcial do PTS, tem por características não estar sistematizado e ser trabalhado de forma multidisciplinar, mas parcial.

Nos casos em questão, o PTS em questão reconhece que os problemas de saúde são multicausais e envolvem diversos aspectos de vida do usuário e em uma visão mais holística é a escuta qualificada e a interdisciplinaridades que ajudarão a construir um PTS que favoreçam o cuidado para além dos serviços de saúde, incluindo inserção social. Desta forma, compreendemos que esta visão do PTS busca reconhecer a singularidade e necessidades, focando, para além do tratamento de doenças, na saúde integral do indivíduo, promovendo a autonomia e sua inserção social. Essa visão do PTS se alinha com as diretrizes do Ministério da Saúde ao considerá-lo um processo dinâmico e contínuo que acompanha a vida do indivíduo e considera a multidisciplinaridade como essencial para o seu sucesso. Ainda assim os trechos não apresentam uma definição completa do PTS, bem como não detalham como o PTS é utilizado na prática do serviço.(SAÚDE, 2009)

O PTS vem sendo tratado por gestores como um instrumento promissor para a organização do processo de trabalho em saúde e para a humanização do cuidado ao paciente. No entanto, ainda há que se ater a sua sua implementação na prática e efetividade nos serviços que compõem a RAPS.

Nos trechos destacados o usuário é trazido para o centro do cuidado pelos gestores entrevistados, como lógica de trabalho “centrado na pessoa” e com a participação dos membros das equipes no processo de construção do PTS. Já no que concerne às dimensões do PTS (*assistência, trabalho/educação e gestão*) foram raras as ideias para além da dimensão assistencial no uso do PTS por esses gestores, sendo trazido apenas um olhar para a dimensão da gestão.

“O PTS ele é o norteador das ações pro cuidado com o paciente, até mesmo porque é uma unidade masculina, 20 leitos... cada um com a sua patologia, com a sua comorbidade, cada um com a sua necessidade, cada um com o seu vínculo familiar estabelecido ou não estabelecido, então hoje eu identifico o PTS enquanto um norteador para condução de cada caso.” (G1- NAD)

“Então, o Projeto Terapêutico Singular tem que estar no CAPS, né!? Você tem um projeto terapêutico na sua casa? Eu não tenho na minha! Eu tenho projeto de vida na minha casa. Então, a residência terapêutica ela não precisa ter um Projeto Terapêutico Singular, ela é terapêutica por si no sistema dela ser e poder possibilitar a vida para aqueles moradores, então o Projeto Terapêutico Singular para mim, no meu ponto de vista, é do morador que então é paciente do CAPS, que é usuário do CAPS e aí tem que ter o PTS no CAPS. Que vai ter ações que se estendem para residência terapêutica, se estende para a RAPS, para todas as outras esferas da vida dele, como um bom PTS, mas aí eu acho que ela é um Projeto Terapêutico Singular do CAPS. A possibilidade de compartilhar o PTS com outros serviços de saúde tem sido bastante significativo na evolução e desenvolvimento do tratamento e da inserção social dos pacientes atendidos no CAPS. Esta modalidade de atendimento precisa ser estudada, divulgada e ampliada. Fortalecerá a rede (RAPS)” (G4- SMP)

Nestes trechos podemos ver claramente as diferenças dos olhares dos gestores pela dimensão assistencial (G1), quando reflete sobre as práticas dos profissionais mediante as condições de saúde e peculiaridades apresentadas pelos usuários atendidos no serviço sendo o PTS definido como um norteador das ações para o cuidado com o paciente em um contexto específico (unidade de internação), elevando o PTS a um orientador na condução de cada caso, considerando a individualidade de cada paciente, já o outro trecho (G4) nos traz os olhares pela dimensão gerencial, quando tratada a possibilidade de compartilhar o PTS com outros serviços de modo a efetivar um papel social de reinserção dos usuários e fortalecimento da RAPS através do compartilhamento do PTS.

Este olhar pela dimensão gerencial é ainda parcial por não considerar a própria reorganização do serviço e gestão do processo de trabalho a partir deste PTS. Apesar deste olhar diferenciado do G4, percebemos uma apropriação parcial dos elementos do PTS, quando considera o CAPS sendo o principal gestor (e protagonista) no PTS dos moradores, sendo utilizado para orientar o cuidado do usuário-morador no CAPS, com ações que se estendem para a moradia assistida e outros serviços da rede, desconsiderando a coprodução, cogestão do PTS, o protagonismo do usuário entre outros elementos fundamentais. A moradia, neste caso, é considerada terapêutica por si só, não necessitando de um PTS específico.

Não podemos descaracterizar que na dimensão assistencial o PTS se configura como uma ferramenta essencial para a assistência em saúde mental, pois permite o planejamento individualizado, com um cuidado direcionado às

necessidades específicas de cada usuário, a continuidade do cuidado por facilitar a comunicação entre os diferentes serviços da rede, garantindo a continuidade do cuidado ao paciente, bem como a avaliação e monitoramento do cuidado por meio da identificação de falhas e a realização de ajustes. enquanto pela dimensão gerencial o PTS favorece a organização das ações, norteando as ações da equipe de saúde, garantindo que sejam direcionadas e individualizadas, a eficiência na gestão de recursos podendo evitar o desperdício e otimizar sua utilização, pois as ações são direcionadas às necessidades específicas de cada paciente. (BRASIL, 2009)

Ao se considerar o modo como acreditam que deveria ser um PTS, percebemos que há uma lacuna entre o campo conceitual e prático por meio das falas envolvendo a interiorização de parte das etapas e elementos do PTS (*cumprimento de metas, ações, envolvimento da equipe, singularidade*), deixando de lado outros pontos como a coparticipação dos envolvidos, o protagonismo dos usuários e a cogestão do projeto, visão multiprofissional e de clínica ampliada, além da divisão de responsabilidades e reavaliação do PTS.

“A partir do PTS nós conseguimos traçar metas a serem cumpridas e é onde entra toda a equipe. Conseguimos traçar em relação à saúde, o serviço clínico, a atenção básica e aí, havendo a necessidades a gente consegue partir para a atenção especializada onde a gente tem outras especialidades pontuais para cada morador que necessita. Eles também participam de todos os protocolos, da vigilância e imunizações, ações de acesso ao fórum para poder ter orientações. Então a gente tem contato com todos os outros serviços... judiciais, de banco, da parte financeira ... a gente consegue a documentação através do Banco do Povo, conseguimos acessar escolas, né... muitas vezes nós temos moradores que frequentaram o ensino regular para alfabetização. Nós já tivemos também projetos de reciclagem no CAIS e eles também participavam e com recurso da venda disso eles poderiam usar para recurso próprio. A socialização mesmo, eles frequentam programas da cidade, que a cidade oferece. Participam de eventos, eles participam de projetos da Prefeitura... Eles conseguem estar envolvidos com todos os setores, tanto social, quanto financeiro, a parte toda da rede financeira, ele consegue participar de toda rede de saúde - rede SUS e qualquer outra necessidade, a gente vai buscando os serviços e a gente tem que estar conseguindo atingir as metas.” (P2 - SMP)

Novamente o PTS aparece como metas a serem cumpridas, mas é interessante observar que considera a oferta de serviços na rede como PTS,

entendimento equivocado do que é um PTS, mas com diversas intersecções interessantes com a atenção a saúde mental de modo mais ampliada, como a “garantia de acesso”, ao utilizar toda a rede de atenção à saúde mediante a necessidade apresentada por cada usuário (singularidade), além da garantia da longitudinalidade do cuidado nos diversos níveis de atenção necessários; “desenvolvimento das potencialidades e reinserção social” devido o envolvimento dos serviços para se fazer cumprir a atenção às necessidades dos usuários (reabilitação e reinserção social e desenvolvimento de habilidades), “inclusão pelo trabalho” devido a instituição de saúde ter uma proposta de um SMP híbrido (interno e externo), trazendo alternativas inclusivas visando estratégias de inclusão pelo trabalho e promoção de renda na oficina de reciclagem do CAIS-SR; “socialização” e demais premissas da reabilitação psicossocial.

Também é possível observar profissionais que compreendem certos componentes importantes para o PTS, como a singularidade, a subjetividade e a potência destes para o cuidado do indivíduo.

“Infelizmente eu tenho percebido que a utilização do PTS, eu acredito que, tenha perdido um pouco a sua potência. Eu acho que tem sido mais um, infelizmente, um papel no prontuário, um impresso no prontuário. Muitas vezes vejo que nele aparece a missão do serviço, né, e que tem perdido um pouco a subjetividade e a singularidade do indivíduo. Uma pena isso! Acho que nós, como profissionais, temos que resgatar a potência do PTS. E tenho às vezes, na minha prática, algumas dúvidas porque é exigido, quase como um protocolo, que todos os clientes tenham o PTS e eu às vezes fico pensando que não deveria ser bem assim ou não é de todo paciente ter que fazer o PTS, né, ter que ter o PTS. E acho que teria que ser feito junto com o cliente, o quê, aqui no serviço, acaba não acontecendo. Acho que deveria ser da equipe inteira a discussão de caso. Vejo assim, que em alguns casos muito pontuais, o PTS é feito na equipe e é utilizada a função nuclear dos outros profissionais. Aí fico pensando que... pensei agora, quais seriam esses os casos que deveriam ter PTS. Mas, de qualquer forma, é um número muito pequeno aqui no serviço que eu tô.” (P6 - CAPS)

Neste trecho podemos perceber que o PTS se descaracteriza, por justamente deixar de lado uma de suas finalidades que é de ser para os que têm complexas necessidades de saúde. Percebemos que há um investimento por parte do profissional no cumprimento de exigências que não corroboram para um cuidado efetivo. Neste caso, a entrevistada é apropriada dos elementos que devem compor

um PTS, como além dos já descritos anteriormente, traz à cena *vulnerabilidade, singularidade, protagonismo do usuário, multiprofissionalidade, compartilhamento*, mas considera que o serviço o realiza de modo inadequado.

O profissional participante expressa sua preocupação com a com a perda da potência do PTS com a percepção de que o PTS tenha se tornado um documento burocrático, sem a devida atenção à individualidade do usuário, com ausência de subjetividade e singularidade devido, em muitos casos, não refletir as características e necessidades específicas do usuário e questionar a necessidade de todos os usuários terem um PTS, considerando que este deveria ser construído em conjunto com o usuário e a equipe. Por este trecho podemos compreender uma importante crítica à perda da escuta qualificada e da interdisciplinaridade na construção do PTS, além da valorização da importância da construção conjunta entre usuário e equipe, considerando suas perspectivas e experiências. Com um olhar atento e sensível, o trecho defende a necessidade de resgatar a potência do PTS como ferramenta estratégica para a humanização do cuidado e a promoção da autonomia do usuário, devendo este ser o protagonista do processo de construção do PTS, do seu cuidado.

Enquanto profissional inserida no cotidiano, reconheço que há o risco de burocratização do PTS, uma vez que o mesmo compõe metas específicas no Contrato Programa do CAIS-SR. O Contrato Programa é uma iniciativa de contratualização junto aos hospitais da Administração Direta iniciada no estado de São Paulo em dezembro de 2008, motivado em parte pelos resultados positivos conseguidos pelo contrato de gestão junto às OSS. De forma geral, o arcabouço de funcionamento é similar ao contrato de gestão e são estabelecidas metas para o hospital, essas metas são acompanhadas pela Coordenadoria dos Serviços de Saúde - CSS da Secretaria de Estado da Saúde - SES de São Paulo e o hospital recebe uma bonificação de 1% do orçamento caso atinja a meta estabelecida. (PERDICARIS, 2012)

O PTS é considerado um indicador de qualidade no cuidado aos pacientes, sendo obrigatória a sua utilização nos serviços do CAIS-SR, mas a questão da produtividade profissional em relação à elaboração do PTS acaba por descaracterizar a função do mesmo. A implementação do PTS acabou não sendo

estruturada e uniformizada, forçando os profissionais agirem de acordo com o que percebem ser possível realizar.

Contextualizando sobre tais exigências, já há alguns anos o PTS tem sido considerado como critério de qualidade dos serviços do CAIS-SR por contemplar o Contrato Programa da Secretaria de Estado da Saúde. A assistência prestada pelas equipes também é monitorada pelos sinalizadores e indicadores do Contrato Programa estabelecido entre o CAIS-SR e a SES desde outubro de 2013, objetivando a obtenção de informações sobre o processo de trabalho, produção e volume de assistência, a fim de prever mudanças no contexto institucional e identificar ações para qualificar a assistência oferecida. Neste contrato, utilizando-se de série histórica, a instituição necessita manter um percentual de realização e reavaliação de PTSs dos usuários imediatamente após a sua inserção nos serviços. Além disso, há a exigência de regularidade mínima prevista na revisão desses PTSs, sendo semanal, mensal, semestral ou anual, a depender de cada serviço assistencial. (Projeto Terapêutico CAIS-SR 2022)

O PTS é um instrumento promissor para a humanização do cuidado e a promoção da autonomia do usuário, mas precisa ser resgatado de sua burocratização. Para que o PTS seja eficaz, é necessário que seja construído em conjunto com o usuário e a equipe, considerando suas perspectivas e experiências.

Considerando como os participantes compreendem o PTS e suas implicações, percebemos que o Projeto Terapêutico Singular vem sendo tratado como uma proposta ou guia de cuidado individualizado para os usuários e vem sendo elaborado pelos profissionais a partir da escuta atenta e acompanhamento das particularidades, necessidades e desejos apresentados pelos usuários dos serviços, considerando as metas e os objetivos a serem alcançados para cada um. O PTS tem a possibilidade de se estender para outros serviços da RAPS, mas vem sendo utilizado essencialmente pelos serviços estratégicos e de atenção especializada, como o CAPS e serviço de internação de média permanência, auxiliando na definição de metas e favorecendo a ideia de continuidade do cuidado.

O trabalho em equipe interdisciplinar é fundamental no PTS, assim como compartilhar o projeto com a rede de apoio dos usuários, porém o

compartilhamento do PTS deve envolver a participação de outros profissionais e serviços e assim conseguir promover ligações, estabelecer estratégias e fortalecer a rede de cuidados, mas temos visto a não participação destes na elaboração dos PTS realizados.

Em análise a operacionalização do PTS, é compreensível que haja distinção, principalmente pela diversidade de serviços componentes da RAPS e as clientela com necessidades também diversas, porém, podemos perceber que há uma linha de trabalho voltada para que a elaboração parta de um acolhimento inicial (para recepção do usuário, escuta qualificada e identificação das necessidades/demandas), construção conjunta (com a participação do usuário e da equipe, considerando as singularidades e o contexto do usuário) para posteriormente definir objetivos e ações (individualizados e adequados às necessidades do usuário). Alguns trechos nos trazem evidências dessa lógica de trabalho

"O PTS é construído junto com o paciente e equipe."

"A gente faz a revisão do PTS semanalmente."

"O PTS é um plano individualizado para cada paciente."

"A gente tem que ter um registro de pelo menos uma revisão semanal e o PTS de alta."

"O PTS é compartilhado com o Ambulatório de Saúde Mental, com o CREAS e com outras instituições."

"A gente faz todo um trabalho para poder conhecer o morador e para poder programar tudo que vai ser desenvolvido durante a semana, durante os meses."

"A gente avalia a família por família, paciente por paciente, se precisar."

Esses trechos são de profissionais atuantes em serviços estratégicos, de reabilitação psicossocial e de internação especializada em dependência química ligados ao CAIS-SR e ao considerarmos a implementação e avaliação desse PTS, há lacunas a respeito do acompanhamento regular (não sendo evidenciado o monitoramento do progresso do usuário em relação aos objetivos ou a realização de ajustes no PTS quando necessário), da articulação com a rede de saúde (não ocorrendo o acompanhamento longitudinal após o encaminhamento para outros

serviços e programas, sem garantia da integralidade do cuidado) e ainda da fragilidade na participação da família e da comunidade (não especificando o apoio social/familiar ao usuário ou ainda a promoção da inclusão social de fato, além da inexistência de referências sobre as revisões periódica do PTS (com a verificação da efetividade do plano e identificação de necessidades e objetivos não atingidos), sem ajustes no PTS (baseados na avaliação e no feedback do usuário/equipe e garantia da flexibilidade e adaptabilidade do plano).

Por essa perspectiva, a operacionalização do PTS pode variar de acordo com o contexto de cada serviço e ainda é importante considerarmos as necessidades e particularidades de cada usuário inserido nesse contexto.

De um modo geral **a forma de compreender o PTS e suas implicações** é vê-lo como uma proposta de ações que visa atender as necessidades e objetivos individuais dos usuários, buscando a realização de metas. O PTS não é limitado aos serviços estratégicos de saúde mental, mas se estende para outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ainda que de modo incipiente e de entendimento equivocado. Acreditam que o PTS é importante para casos de maior complexidade e que nem todos os pacientes precisam dele, sendo uma estratégia ou instrumento utilizado de forma articulada ou individual, podendo envolver ações terapêuticas multidisciplinares com acompanhamento das necessidades dos usuários.

A fim de representar os achados de modo conciso e claro, traremos a seguir uma tabela com os principais achados sobre a compreensão do PTS pela ótica dos gestores (um articulador do PTS na rede, porém mais distante da construção cotidiana) e também dos profissionais da RAPS (mais próximos da construção do PTS na cotidianidade).

Quadro 7 - Síntese de como os entrevistados compreendem o PTS

Subcategoria I.A. Como compreendem o PTS e Suas Implicações			
		Gestores	Profissionais
Compreensão do PTS:	Aproximações	Reconhecimento do PTS como guia para o cuidado individualizado.	
		Ênfase na construção conjunta com o paciente e equipe.	
		Importância da singularidade e integralidade do indivíduo.	
	Distanciamentos	Diversificação de interpretações sobre a aplicabilidade do PTS.	
		Dificuldade em operacionalizar o PTS em alguns contextos.	
			Visão do PTS como um instrumento para cumprir metas e exigências.(profissionais)
Funções do PTS:	Aproximações	Norteador das ações terapêuticas.	
		Instrumento para planejamento e avaliação do cuidado.	
		Facilitador da inserção social do paciente.	
		Possibilidade de compartilhar o PTS com outros serviços.	
	Distanciamentos	Discussão sobre a necessidade do PTS em casos leves e moderados.	
			Visão do PTS como um mero registro de ações e tarefas.(profissionais)
Contexto de Aplicação:	Aproximações	Consideração do CAPS como local ideal para o PTS.	
		Reconhecimento da necessidade de adaptações para diferentes cenários.	
	Distanciamentos	Questionamento da utilidade do PTS no modelo ambulatorial tradicional.	
		Dificuldades na implementação do PTS em unidades básicas de saúde	
			Ausência de planejamento para inserção de novos profissionais capacitados para o uso do PTS.(profissionais)
Obstáculos à Implementação:	Aproximações	Falta de sistematização e recursos humanos.	Falta de sistematização, recursos humanos e formação específica.
		Dificuldade em articular diferentes saberes e práticas.	
			Fragilidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à saúde mental.
	Distanciamentos	Desafios específicos de cada contexto de atuação.	
			Visão do PTS como um processo rígido e engessado.

	Gestores	Profissionais	
Em Suma:	Compreensão geral do PTS como ferramenta essencial para o cuidado individualizado na saúde mental, mas persistem divergências sobre sua aplicabilidade em diferentes contextos e a melhor forma de operacionalizá-lo.	1. Apropriação do PTS:	Níveis distintos de apropriação dos princípios e características do PTS entre os profissionais.
			Tendência a focar em aspectos individuais, sem singularidade e protagonismo do usuário.
			Visão do PTS como um conjunto de tarefas a serem cumpridas, sem co-produção do cuidado.
		2. Formação e Capacitação:	Necessidade de investir em formação específica sobre o PTS para todos os profissionais.
			Importância da vivência prática para complementar a formação teórica.
			Reconhecimento do tempo de trabalho como um fator importante na aprendizagem sobre o PTS.
		3. Contexto Institucional:	Influência do contexto institucional na compreensão e aplicação do PTS.
			Exemplos de boas práticas na implementação do PTS em diferentes cenários.
			Importância da construção de uma cultura organizacional que valorize o PTS.
		4. Considerações sobre a RAPS:	A RAPS não planeja a inserção de novos profissionais para o uso de tecnologias específicas da saúde mental.
			Fragilidade na ESF em relação à saúde mental.
		5. Considerações sobre o PTS Compartilhado:	Reconhecimento da importância do compartilhamento do PTS com outros serviços.
			Dificuldades na operacionalização do PTS compartilhado.
			Necessidade de fortalecer a comunicação e a articulação entre os serviços.
		Sugestões para Aprimorar o PTS:	Maior investimento na formação e capacitação dos profissionais.
Desenvolvimento de ferramentas para facilitar a implementação do PTS.			
Elaboração de protocolos específicos para diferentes cenários de atuação.			
Superação da visão do PTS como um mero cumprimento de metas.			
Conclusões:	O PTS se configura como uma ferramenta promissora para o cuidado individualizado na saúde mental, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido para sua plena implementação.		
	A efetividade do PTS depende de diversos fatores, incluindo a formação dos profissionais, o contexto institucional e a articulação entre os serviços.		
	É necessário superar a visão do PTS como um mero cumprimento de metas e focar em sua potencialidade para promover o cuidado integral e humanizado		

Fonte: dados pesquisadora (2024)

Subcategoria I.B. Experiência e o modo de realizar o PTS - refere-se às narrativas do modo de construção do PTS atualmente e os aspectos considerados e principais elementos envolvidos para tal elaboração, além do tempo de utilização e a forma como foram utilizados.

Os entrevistados que trouxeram maiores detalhes com relação a sua aproximação com o PTS nas suas práticas foram os que atuam nos componentes dos serviços de Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS e ASM) e de Atenção Hospitalar Especializada (internação em dependência química). É possível perceber alguns discursos referindo como se deu essa aproximação e experiência com uso da ferramenta PTS.

“Na realidade eu conheci através do CAPS. Quando eu entrei no CAPS e comecei a trabalhar no CAPS que eu comecei a aprender e a ter conhecimento sobre o PTS porque até então eu não tinha esse conhecimento. (Treinamento) Só algumas orientações quando eu entrei, sobre o que era e como deveria ser feito, mas uma capacitação ou alguma outra coisa, não.... Então, a minha aproximação é recente... é desde que eu comecei a trabalhar no CAPS. Faz cinco anos que eu estou conhecendo realmente esse Projeto Terapêutico. Eu estou em fase de conhecimento ainda”. (P1-CAPS)

“Na verdade ela não é tão vasta (experiência com o PTS), né. No ambulatório (de Saúde Mental), onde a gente está trabalhando, tem essa característica do PTS, mas não é tão estruturado. Nós vamos agindo de acordo com o que percebemos que é possível fazer junto com a equipe, uma vez que é um projeto que vai beneficiar não só o usuário e familiares, mas a própria equipe, para trabalhar a melhora e a qualidade de vida desse indivíduo... O dispositivo vem, a criação dele, lá da época da luta antimanicomial, então a gente já que está na saúde já vai estar ouvindo, vai estar descrevendo. Começou a falar-se muito quando eu entrei no ambulatório, há 7 anos atrás, e com a minha entrada na DRS eu comecei a participar das reuniões e aí sim eu tive uma convivência maior e também dentro do CAPS, que a gente escutou e começou a pensar nisso quando foi-se dito o matriciamento.” (P5 - ASM)

Curiosamente, mesmo com pelo menos cinco anos trabalhando com o PTS (P1) não há segurança da apropriação na utilização da ferramenta. Nestes casos o PTS foi considerado uma tecnologia amplamente utilizada no CAPS, e a principal forma de contato para o aprendizado foi através do contato com a RAPS e conhecimento prático do PTS por meio de exposição, com o aprender fazendo.

Neste trecho podemos observar que o profissional reconhece o PTS como um instrumento de trabalho importante para a gestão e planejamento individualizado do cuidado, mencionando a existência de orientações sobre como o PTS deve ser feito, mas não detalha a metodologia utilizada e tão pouco o usuário como ator central. Apesar do participante reconhecer a importância da experiência prática na construção do conhecimento sobre o PTS, acredito que a falta de formação específica pode dificultar a sua implementação/aplicação de forma humanizada e eficaz. O PTS é um instrumento promissor para a humanização do cuidado e a promoção da autonomia do usuário, mas precisa ser implementado de forma eficaz. A formação específica sobre o PTS é fundamental para a sua aplicação eficaz, sendo a experiência prática um importante complemento.

Também podemos considerar a visão do PTS focado em beneficiar o usuário buscando a melhora da qualidade de vida do indivíduo e mesmo de modo não estruturado há uma lógica de construção PTS (P5), realizado de forma conjunta entre equipe e usuário, com base na escuta qualificada e na percepção das necessidades do indivíduo. Desta forma, o conhecimento sobre o PTS é construído de forma coletiva e empírica, adequando-se às necessidades do usuário e à realidade do serviço.

O “PTS” é utilizado como ferramenta para a organização do cuidado no ambulatório, mesmo sem uma estrutura formalizada, buscando o planejamento individualizado do cuidado, com foco na integralidade e na humanização. O profissional menciona a construção conjunta do PTS como um processo essencial, incluindo a equipe e o usuário como atores centrais na construção do PTS. Consideramos, por essa perspectiva, o PTS como sendo um instrumento promissor para a humanização do cuidado e a promoção da autonomia do usuário, mesmo em contextos com estruturação menos formal. A construção conjunta do PTS é fundamental para garantir a sua efetividade.

“(Meu contato) Foi no serviço de residência. Eu trabalho no CAIS Santa Rita com os moradores que estão de alta, né. E esse serviço (PTS) é oferecido através do CAPS e no CAPS eu tive conhecimento junto com a equipe multidisciplinar e tivemos até treinamento, tivemos um curso Educação Permanente onde foi traçado para gente como funcionava e a importância disso para o serviço e onde conseguimos desenvolver. Então eu já trabalho com ele há nove anos.” (P2 - SMP)

Neste caso, o profissional vivenciou um treinamento formal sobre o PTS, enquanto política institucional, além da vivência entre pares. Também percebemos que há uma inclinação do tempo de trabalho ser considerado potência para a utilização da ferramenta com segurança. Por esta ótica o PTS é um instrumento promissor para o cuidado com os moradores em alta, mas precisa ser implementado de forma mais detalhada e com a participação do usuário na construção do projeto, não podendo desconsiderar que a formação específica sobre o PTS é importante para a sua aplicação eficaz.

“Olha, o dispositivo do PTS, eu trabalho aqui faz muito tempo, né, sem ser no CAPS, mas na Instituição. Não era PTS, era PTI, né, Projeto Terapêutico Individual, e foi mudando, né, foi mudando. Eu acho que é a mesma coisa, né, porque substitui o individual para singular, eu acho que é uma questão de tentar dar mais potência para as coisas. Ah, eu conheço há muito tempo, nem sei, mas há muito tempo, mesmo. Acho que logo que eu cheguei aqui na instituição, há uns 25 anos que começou essa questão da referência e do PTI, que agora é PTS. Mas foi aqui. (Sobre treinamento) Ah... teve, teve, teve sim. Teve bastante supervisão em alguns momentos, muitas discussões de caso da própria questão da equipe de referência. Eu falo das duas coisas juntas porque parece que uma coisa está colada na outra, né. Teve até uma vez, uma supervisão que a gente recebeu, eu não lembro de onde era a profissional, mas assim, de processo de trabalho, ela não chamava de referência, ela chamava de anjo, na ocasião. Tive sim, tive. Depois na especialização também teve essa coisa da teoria do PTS e da referência.” (P6- -CAPS)

Percebe-se que houve investimento maciço dessa instituição em específico para a qualificação profissional em um dado momento, sendo um grande diferencial no modo como os profissionais percebem o PTS, sua aplicabilidade e finalidade. Inclusive, o discurso acima traz o conceito de profissional de referência atrelado ao PTS, que Oliveira considera fundamental justamente por ser aquele que assume a gestão da clínica (e do cuidado) num projeto terapêutico em andamento (CAMPOS, G. W. D. souza; ANDRÉ VINICIUS PIRES GUERRERO, 2010)

Não podemos deixar de contextualizar que o CAIS-SR passou por intervenção em 1996 e iniciou um novo modelo assistencial, portanto o profissional pôde acompanhar a implementação das novas políticas de saúde mental e conseqüentemente a evolução e trajetória da aplicação do PTS na instituição. (GOBI, 2010) É igualmente necessário observar que o profissional, mesmo acompanhando a evolução da Atenção em Saúde Mental na prática, não considera

que haja diferenças entre singularidade e individualidade, PTI e PTS, sendo estes conceitos amplamente mencionados pesquisas ou formações específicas.

No tocante ao modo como o PTS vem sendo realizado nos serviços, temos discursos de alguns gestores com a percepção de uma apropriação parcial dos profissionais no modo de realizar o PTS, reconhecendo não seguir pressupostos necessários para tal.

“O projeto terapêutico singular hoje para nós é um dispositivo que traz inclusive um indicador de assistência, né? Por quê? Por que tanto o PTS elaborado na chegada desse paciente, como o PTS revisado por ser uma unidade de internação eu preciso ter um registro de pelo menos uma revisão semanal e o PTS de alta, implantado na alta ele também conta aí como mais um indicador de assistência e eu preciso de atingir uma meta de 100% de todas as altas e que nessas altas eu tenha implantado o PTS... então eu preciso de 100% de PTS elaborado e eu preciso de 100% de PTS implantado na alta... Isso faz parte de uma das metas do contrato programa da Secretaria de Estado da Saúde (SES)... foi nos últimos três anos com essa indicação de valorização do PTS, a gente precisou reaprender muito sobre o dispositivo... então com isso a gente contou com o apoio do núcleo de informação do hospital, com a gestora do núcleo de apoio, tanto na elaboração de planilhas que precisam ser preenchidas até mesmo como instrumento para validação do PTS e não só as planilhas como também um instrumento que a gente tem... é uma folha que a gente tem no prontuário do paciente como também as evoluções e anotação de evolução da equipe técnica e anotação de enfermagem também da equipe... então assim os últimos três anos a gente foi enfrentando tudo isso. A princípio com reuniões semanais para discussão do PTS compartilhado entre a equipe e cada referência tem a sua forma de conduzir os atendimentos individuais. No último semestre a gente não teve essa regularidade com as reuniões semanais, oscilou bastante, dias, quinzenas... até mesmo pela rotina dos serviços da unidade, mas a validade do PTS a gente precisa confirmar até o último dia do mês.” (G1 - NAD)

“Eu utilizo o PTS mais para fazer o diagnóstico de enfermagem, não faço assim, um PTS. Então para mim funciona para orientar, para me dar diretrizes de como agir. Para a equipe agir de forma correta, em tempo hábil e depois também avaliar as ações.” (G3 - PSF)

É importante observarmos o olhar desses gestores no que concerne a vulnerabilidades dos usuários e acionamento de serviços pertinentes para um cuidado que atenda suas necessidades de saúde, porém não demonstram uma construção a partir dos demais elementos que compõe um PTS e nestes trechos

citados tem sido utilizado como um plano de cuidados, não explorando toda a potência da ferramenta.

“Tem um paciente nosso, que vou colocar o nome fictício João. Ele mora sozinho, não tem família, já tem 84 anos e ele é analfabeto, só que ele tem um problema sério de hipertensão e toma remédio, então nossa equipe meio que adotou. A gente faz aquela questão todo dia ele passa lá e vai dar a voltinha dele e já toma o remédio, e de sábado e domingo ele leva o remédio da manhã e da noite, e a gente põe o solzinho e a lua pra ele. A gente meio que adotou ele, porque sozinho ele não se vira, aí a gente aciona a assistente social, o conselho do idoso e a gente foi meio que trabalhando junto aí, mas não é (um PTS) sistematizado. Se você for lá, eu não vou te falar exatamente a questão dos passos do projeto terapêutico.” (G6 - UBS)

Por essa perspectiva, há um trecho bastante esclarecedor sobre como a instituição vem utilizando-se do PTS enquanto recurso de cuidado:

“Infelizmente eu tenho percebido que a utilização do PTS, eu acredito que, tenha perdido um pouco a sua potência. Eu acho que tem sido mais um, infelizmente, um papel no prontuário, um impresso no prontuário. Muitas vezes vejo que nele aparece a missão do serviço, né, e que tem perdido um pouco a subjetividade e a singularidade do indivíduo, né. Uma pena isso. Acho que nós, como profissionais, temos que resgatar a potência do PTS. E tenho às vezes, na minha prática, algumas dúvidas porque é exigido, quase como um protocolo, que todos os clientes tenham o PTS e eu às vezes fico pensando que não deveria ser bem assim ou não é de todo paciente ter que fazer o PTS, né, ter o PTS. E acho que teria que ser feito junto com o cliente, o quê, aqui no serviço, acaba não acontecendo. Acho que deveria ser da equipe inteira, né, a discussão de caso. Vejo assim, que em alguns casos muito pontuais, o PTS é feito na equipe e é utilizada a função nuclear dos outros profissionais. Aí fico pensando que, pensei agora, que seriam esses os casos que deveriam ter PTS. Mas, de qualquer forma, é um número muito pequeno aqui no serviço que eu tô.” (P6 - CAPS)

Este participante compreende certos componentes importantes do PTS (*singularidade, subjetividade, vulnerabilidade, protagonismo do usuário, multiprofissionalidade, compartilhamento*) e a potência deste recursos para o cuidado ao indivíduo, porém reconhece que da forma como tem sido exigida a sua realização por parte da instituição o PTS tem sido utilizado de modo inadequado e se descaracteriza, justamente por deixar de lado uma de suas finalidades que é de ser para os que têm necessidades de saúde mais complexas. Percebo que há um

investimento por parte do profissional no cumprimento destas exigências e chama a atenção este profissional reconhecer que não realiza o PTS, mas sim ações pontuais e fragmentadas, que não corroboram para um cuidado efetivo.

Já há alguns anos, o PTS tem sido considerado pela instituição como critério de qualidade dos serviços do CAIS-SR, devendo manter em 100% a realização de PTS (ou seja, todos os usuários do serviço devem ter o PTS realizado) logo após a inserção nos serviços. Além disso, há a exigência de uma regularidade mínima prevista na Revisão desse PTS, sendo Semanal, Mensal, Semestral ou Anual, a depender de cada serviço. (Projeto Terapêutico CAIS-SR, 2022)

Quando tratamos dos aspectos que foram considerados pelos entrevistados no que tange o modo de elaboração do PTS, queremos esclarecer que visamos: 1- Objetivos do PTS (traçar estratégias de intervenção para contemplar as necessidades do sujeito de forma singular, considerando equipe, território, família e o próprio usuário); 2- Dimensões do PTS (Assistência, Trabalho e Gestão); 3- Etapas do PTS (Hipóteses, Objetivos, Responsabilidades/Reavaliação e monitoramento); 4- Elementos do PTS (Singularidade/ Horizontalidade/ Coprodução e Cogestão/ Vulnerabilidade/ Articulação em rede/ Discussão em equipe). (SLOMP; FRANCO; MERHY, 2022)

De modo geral, os participantes consideram alguns aspectos do PTS no momento de construí-lo, mas a operacionalização apresenta-se um tanto quanto distorcida.

“Pra mim, o que eu faço como PTS compartilhado é quando eu divido os objetivos do nosso PTS com outros órgãos, outras instituições, por exemplo. O PTS compartilhado na minha parte é muito com o Ambulatório de Saúde Mental, com o CREAS e com outras instituições que podem colaborar com o desenvolvimento desse PTS, que possa acrescentar alguma coisa que ajude o paciente a melhorar. Eu ainda não compartilhei com outros como UBS, UPA... Eu compartilho mais com o Ambulatório de Saúde Mental, mesmo e o CREAS”. (P1 - CAPS)

“No serviço a gente fez todo um trabalho para poder conhecer o morador e para poder programar tudo que vai ser desenvolvido durante a semana, durante os meses, né. O trabalho mais próximo e o mais a longo prazo e em cima disso é que a gente consegue cumprir as metas e cobrar os serviços. Então a minha experiência é fazer toda uma programação e a gente ir atingindo as metas conforme os prazos que foram dados ... e com a equipe toda que cuida desse morador”. (P2 - SMP)

Oliveira (2007) critica a construção e utilização de protocolos rígidos na operacionalização dos PTS, afirmando que isto pode gerar normatizações que se distanciam da singularidade proposta para seu desenvolvimento. Esses discursos apresentados acima tendem para a ausência de coprodução e cogestão do PTS, entendendo o compartilhamento como divisão de tarefas com os demais envolvidos, sem a lógica de construção coletiva. Enquanto isso, o profissional de referência é quem se torna o protagonista deste PTS e não o usuário.

É interessante observar a valorização focalizada no compartilhamento do PTS com outros serviços e na utilização do PTS como ferramenta de gestão do cuidado, mas não detalhando a metodologia de construção do PTS em conjunto com essas instituições ou então elevando a sua utilização para o cuidado individualizado do usuário.

Com relação aos aspectos do PTS, somente o profissional da atenção básica (P6) os desconsidera, em contrapartida valoriza aspectos relacionais importantes que devem ser considerados em uma construção do cuidado no território. Há uma convergência no entendimento que suas ações enquanto ACS são a realização do PTS. Inclusive, devo destacar que no momento da entrevista no referido serviço (PSF), os profissionais solicitaram que a pesquisadora tratasse a terminologia PTS por “**acompanhamento**”, pois era conhecido desta forma por eles, portanto, ficando evidente a própria terminologia/nomenclatura PTS sendo teor de estranheza para aqueles participantes.

Destaco como o profissional do PSF referiu realizar o PTS:

“Na realidade a gente acompanha, mais assim, a questão de estar tomando a medicação, se tá indo fazer as terapias que eles costumam ir lá no CAPS, né. Então seria mais isso, né. Antes até

tinha um acompanhamento, né. Vinha um psicólogo e então a gente tinha um pouco mais de autonomia até para ver se alguém falar “eu não estou bem, eu não estou isso, eu não tô aquilo” dizer “você não quer conversar com o psicólogo? Você não quer trocar uma ideia?” e depois, num âmbito maior, a equipe se direcionando e referenciando. No momento a gente está sem psicólogo e quando a gente vê que é necessário alguma coisa a gente pede para o médico avaliar. Então fica nesse sentido. E alguns que a gente sabe que faz acompanhamento semanal no CAIS ou quinzenal a gente procura ver se está indo, acompanhando se está indo buscar medicação. Mais nesse sentido, né. Então se alguém tá com problema, geralmente na conversa da visita domiciliar eles mesmos, conforme a gente criou o vínculo, eles se abrem. Eles conversam, eles passam para gente, né, e nisso você vai tentando direcionar e trazer para a unidade para conversar, mas seria isso assim o trabalho nosso, né”. (P4 - PSF)

No que tange o “acompanhamento” citado por eles e considerado como PTS, foi citada a referência, a orientação, a busca ativa e os direcionamentos realizados pela profissional, sendo todas ações que compõem as atribuições dos ACS de fato. Podemos perceber que há valorização dos principais papéis de um ACS no cuidado ao usuário (visita domiciliar, vínculo, busca ativa) e utiliza de alguns recursos que o Apoio Matricial oferece (encaminhamentos referenciados após discussão de caso em equipe), mas devo ressaltar que tais ações não caracterizam um PTS de fato (PEREIRA, 2019; CAMPOS, 2007). Podemos perceber que não há direcionamentos específicos para a implementação do PTS compartilhado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pois há profissionais que consideram estar em fase de conhecimento e familiarização com o PTS desde que começaram trabalhar com a ferramenta, mesmo após anos de atuação, enquanto outros demonstram total segurança. Para adquirir conhecimentos sobre o uso da ferramenta PTS, alguns entrevistados se desenvolveram por conta própria e por demandas, diversas vezes não havendo treinamento específico. O participante reconhece a importância da humanização do cuidado e de identificar os problemas dos usuários, mas o foco parece estar na vigilância do cumprimento do tratamento, nem sendo mencionado a promoção da autonomia dos usuários na gestão do seu cuidado.

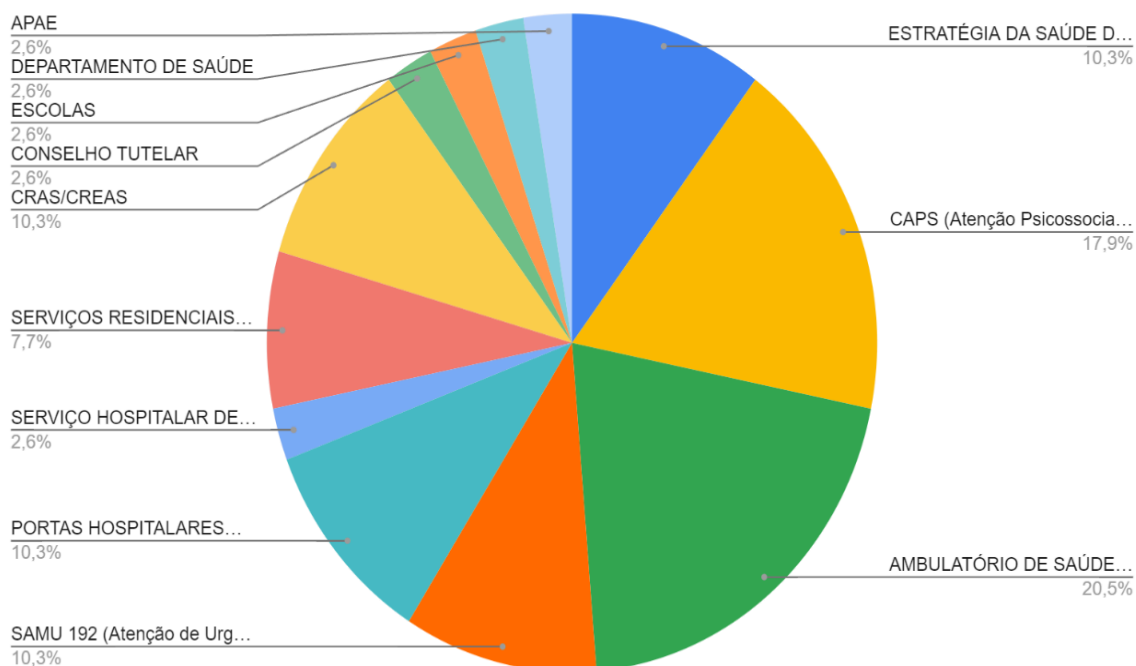
Como pré-requisito para a etapa da entrevista, o profissional participante precisou referir a utilização do PTS, portanto, todos os doze profissionais deste estudo referiram possuir vivência com o PTS de alguma forma.

Aprofundando para o uso do PTS por estes profissionais, quando mencionam com quais serviços comumente vivenciam o compartilhamento do PTS, os mais citados foram os serviços especializados, mas também devemos atentar para os serviços emergenciais, uma vez que os mesmos não participaram da pesquisa e tiveram 20% das menções quando somados SAMU e Pronto Socorro do Município.

Veja na figura abaixo a representação gráfica das menções de compartilhamento do PTS com os serviços:

Figura 7 - Serviços que os profissionais consideram articular o PTS

Serviços citados como envolvidos na articulação de PTS



Fonte: Dados da pesquisadora (2022)

Ocorrem, prioritariamente, falas envolvendo os serviços estratégicos (ASM e CAPS) na articulação do PTS na RAPS, denotando a centralização da lógica do PTS nestes espaços. Apesar de outros serviços hoje se utilizarem do PTS, como os

componentes da Atenção Básica e Atenção Especializada de outras ordens, permanece a prevalência do uso desta ferramenta pelos serviços de saúde mental, principalmente CAPS e Atenção Hospitalar em Saúde Mental. (CAMPOS, 2010; GRANDE, 2023)

Em suma, **as experiências e o modo de realizarem o PTS remetem a** uma implementação não muito estruturada de modo que algumas equipes fazem o que é possível para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mas o PTS muitas vezes se torna apenas um documento burocrático nos prontuários. Alguns entrevistados acreditam que o PTS deveria ser feito em conjunto com o paciente, mas reconhecem que muitas vezes isso não acontece, tão pouco a discussão de caso em equipe. Observa-se que o número de casos em que o PTS é efetivamente utilizado pelos serviços é muito pequeno.

Subcategoria I.C. Educação e atuação profissional à partir do PTS - Evidências quanto a racionalidade dos entrevistados sobre a educação em/para o serviço quanto ao PTS e os primeiros contatos com o instrumento, apresentação, treinamentos e acompanhamento no uso do mesmo.

Sabemos que a formação profissional para atuações específicas, principalmente para uso de ferramentas e aplicação de estratégias de cuidado são fundamentais. Amarante (2008) sugere que os profissionais que trabalham com a complexa questão da saúde mental poderiam – e entendemos que deveriam - receber em suas formações, reflexões mais amplas, mais problematizadoras, inclusive sobre a complexidade da existência humana.

“Eu conheci o PTS já há muitos anos. Eu acredito que em 2000, não tinha esse nome, ainda era projeto terapêutico individual, mas já era o PTS. Quando eu vim trabalhar aqui no CAIS, nesse ano aí...já tinha instituído... Aí a gente teve alguns textos para ler para tá conhecendo. É, pode-se dizer que foi um treinamento sim. Com discussões com a equipe, com textos. Não foi um curso específico, mas teve algum acesso sim.” (P3 - NAD)

“Já recebi treinamento sobre o PTS, mas eu diria para você que esse treinamento surgiu depois de uns dez anos trabalhando na área. Então eu entrei, tive contato com esse instrumento e mais ou menos tive que aprender a lidar com o instrumento. Depois de alguns anos na caminhada, no exercício profissional, aí é que houve um treinamento formal, e aí me ajudou a tirar algumas dúvidas, mas vamos dizer assim o desenvolver dele, na minha opinião é um instrumento assim que é fácil de você perceber por onde você tem que caminhar com ele, então tive dúvidas, mas nem tanto, mas aí como houve um treinamento formal, tirou algumas dúvidas que tinham ficado.” (P10 - CAPS)

Podemos perceber por estes discursos que não houve uma educação profissional formalizada enquanto política institucional, mas de algum modo houve uma preocupação em proporcionar contato com a temática. Durante a utilização da ferramenta parece não ter ocorrido a apropriação da singularidade própria do PTS, inclusive da mudança na concepção, pois considera que mesmo sendo PTI é o mesmo que o PTS utilizado hoje na sua prática profissional. Novamente os conceitos de individualidade e singularidade permeiam.

“Então, eu conheci esse acompanhamento⁶ aqui, quando eu entrei, há oito anos. Foram as meninas que estavam aqui na época, há 12 anos, que me treinaram, eu não tive nenhum treinamento fora disso. Fui fazer visita com a Malva*, fui fazer visita com a Azaléia*, fui fazer visita com a Perpétua*, cada uma tinha o seu jeito de fazer visita, a sua maneira, vi a das três, tenho a minha, agora eu desenvolvi à minha maneira de trabalhar e porque isso é muito particular também, a maneira como você vai lidar, como você vai falar com a família e tudo, cada um tem à sua maneira particular. Mas treinamento fora do posto eu não tive, nenhum, aprendi trabalhando. E eu conheci o programa (ESF) aqui, porque, na verdade, eu já tinha morado na área, mas como eu saía muito cedo para trabalhar e voltava muito tarde, saía às 6 da manhã e voltava às 6 da tarde, eu nunca recebi uma visita. Até passaram, provavelmente, na minha casa, mas como eu não estava em casa, nunca vi. E eu não conhecia nada, nem sabia que tinha esse posto de saúde. E eu morava próximo a ele, morava a três ruas e não sabia que existia. Eu fazia atendimento no CAIC, eu fazia atendimento nos outros dois postos, mas nem sabia que existia - tão perto da minha casa, eu não sabia. Só fiquei sabendo da existência, quando eu entrei (no trabalho).” (P11 - PSF)

Este trecho não traz elementos do PTS e denota que a aprendizagem para a atuação profissional não passou por nenhuma formação específica, mas sim a

⁶ O PTS foi tratado aqui pela nomenclatura "acompanhamento" a pedido da profissional e dos demais entrevistados do referido serviço, por reconhecer que esta seria a tratativa adequada para o trabalho realizado por eles que mais se aproximasse do que entendem ser um PTS.

prática a partir de vivências com colegas mais experientes. Apesar do entrevistado reconhecer que uma estruturação é importante para o “acompanhamento” dos usuários, não menciona os objetivos e operacionalização desta estruturação do PTS/ferramenta de forma explícita, considerando que cada profissional tem sua maneira de construir o “acompanhamento” (sem detalhar a metodologia utilizada). Apesar do foco do trecho estar na experiência pessoal do profissional com o “acompanhamento”, há uma importante lacuna de informações sobre a metodologia de construção desse acompanhamento e como ele é utilizado para o planejamento individualizado do cuidado. É importante salientarmos que o participante refere nunca ter recebido qualquer treinamento em todos os anos de atuação, nos alertando para a falta de investimento em educação em/para o serviço.

Quando tratamos da formação dos profissionais inseridos no campo da saúde mental, entendemos que deve ter como objetivo a transformação das práticas profissionais na perspectiva de um cuidado efetivo. Os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica foram construídos para superar um modelo desumano baseado em medidas excludentes, hospitalocêntricas e médico-centradas. Isso implica na necessidade de um processo de formação profissional mais contextualizado, com ênfase em medidas de promoção, prevenção e reabilitação, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. (PINHEIRO, 2013; CARVALHO, 2014)

“Olha, eu conheço um pouco da teoria (do PTS), de ter feito algumas especializações na área, então sempre está incluído e, na prática, eu conheço o PTS do trabalho dos anos em que eu estive no CAPS, porque não é um instrumento que a gente utiliza no ambulatório, embora eu tenha tentado, em alguns momentos, fazer isso, mas acabou que não deu para estruturar, porque o dia a dia envolve e muito a gente.” (G5 - ASM)

Neste caso, o participante de um serviço especializado demonstrou compreender o PTS como um instrumento para o acompanhamento dos usuários e apesar de não o definir ou mencionar seus objetivos explicitamente, reconhece a importância do PTS para o acompanhamento dos usuários. Há um conhecimento sobre o PTS adquirido através da formação específica do gestor e da valorização da

experiência prática no uso do PTS, portanto o participante reconhece a importância do PTS para a gestão do cuidado e acompanhamento dos usuários, mas não menciona como ele é utilizado para o planejamento individualizado do cuidado, não efetivando a implantação do instrumento em nível ambulatorial de assistência às pessoas em sofrimento psíquico.

“Esse projeto terapêutico singular na época de graduação era projeto terapêutico individual que eu aprendi, aí mudou o nome... vou fazer 20 anos de formada, sou lá das antigas, inclusive eu fiz UFSCar. Então é uma coisa que não é muito vivenciado, principalmente para nós que trabalhamos em cidade do interior, então é algo que demora pra chegar, ainda mais onde a gente não tem nada acadêmico, não temos faculdade. É mais difícil de chegar isso pra nós. Temos que ir buscando através dos amigos que vamos conhecendo, mas enfim. É um tema que é pouco discutido, é pouco trabalhado... não se discute esse tema com os técnicos, não se trabalha o conhecimento. Às vezes, se você perguntar o que é um projeto terapêutico, eles nem sabem que isso existe, porque não se é trabalhado na equipe. Dificuldade da equipe na compreensão disso, eu acho que é uma limitação” (G6 - CAPS)

Mesmo para o entrevistado que teve conhecimento do PTS durante a graduação, traz a ideia de que o desconhecimento do PTS por parte dos profissionais e gestores pode ser um limitador. O PTS é um instrumento importante para o acompanhamento dos usuários, mas precisa ser mais bem conhecido e utilizado pelos profissionais, especialmente em cidades do interior, sendo a formação continuada e a discussão do tema em equipe essenciais para a sua efetividade.

Diante da apropriação parcial da compreensão do PTS pela maioria dos participantes, sendo eles inclusive atuantes em serviços especializados (CAPS, Unidade de Internação, ASM) e tendo referido a utilização do PTS de modo a considerar somente alguns aspectos é preciso atentar para o fato de estarem há pelo menos 6 anos atuando nos serviços e, portanto, não percebermos, até então, uma RAPS que planeja a inserção dos novos profissionais buscando capacitá-los para uso de tecnologias de cuidado tão utilizadas na Saúde Mental, como o PTS, e desta forma fica evidente a fragilidade na Educação Permanente em Saúde Mental enquanto uma política municipal/ institucional consolidada para que esses

profissionais se capacitem quanto a utilização de ferramentas que fazem parte do seu cotidiano de trabalho.

Quando abordamos o PTS enquanto dispositivo técnico-formativo não podemos deixar de citar a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) instituída em 2004, trazendo como competência do SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. . A PNEPS é considerada uma importante estratégia do SUS e visa contribuir para a organização dos serviços de saúde, com a qualificação e a transformação das práticas em saúde, por meio da formação e do desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da saúde, buscando articular integração entre ensino e serviço, se adequando à implantação do Pacto Pela Saúde e promovendo uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). (BRASIL, 2018; SAÚDE, 2009)

No que concerne à EPS segundo o Ministério da Saúde (2007), a definição se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e no trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, acontecendo no cotidiano do trabalho. Nesse contexto, a EPS, como instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local, precisa ser pensada e adaptada às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde, devendo convocar o quadrilátero da formação (ensino, serviço, gestão e controle social) a refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções para a superação dos problemas de saúde, qualificando as ações e aumentando a resolubilidade e eficácia dos serviços de saúde.(CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

"Olha, você sabe que eu vejo muita potência. Eu acho que existe, eu vejo muita potência nos profissionais, sabe. A única coisa que eu sinto, que eu diria que seria fragilidade, seria a compreensão disso, compreender quais são as diretrizes da saúde mental e como a gente precisa da parceria deles, mas porque eles têm dificuldade de compreender. Mas eu vejo o potencial desses profissionais, eu digo assim no RH, vamos dizer assim, de todas essas áreas, até da escola, que é uma área bem mais difícil, mas eu acho que são pessoas que têm vontade, que têm, eu digo assim que têm gás, elas têm uma energia para isso, mas o que falta é um direcionamento, que eu entendo que seja a fragilidade, ou seja: como eu faço, como eu posso interagir? Lógico que tem um ou outro que não tem muito... um ou outro profissional é assim: "Eu sempre fiz assim, então eu continuo fazendo", entendeu? A maioria a gente consegue ver que existe um potencial humano para trabalho de muita qualidade, mas a fragilidade é o "como eu faço" e eu diria que é a nossa fragilidade da saúde mental, o quanto que a gente não conseguiu nesses anos todos poder dar essa atenção, poder mostrar como que a gente pode trabalhar junto, o que é a saúde mental, quais são as diretrizes, o que é a saúde mental dentro do SUS, como que o SUS trabalha a saúde mental, o que a gente precisa, todas essas diretrizes eles não sabem. Então às vezes a gente até perde um pouco a paciência. Mas é porque eles não sabem, então também não dá para exigir, entendeu? Eu acho que é isso que falta. Eu acho que falta educação em saúde mental, não é nem educação em saúde. Específico para que a gente possa ter essas pessoas como de fato potenciais pessoas e aí, obviamente, as pessoas que estão em outros serviços, em outros setores, existe um entendimento, então eu acho que falta: vamos então fazer uma educação em saúde mental para esses parceiros, para que de fato a gente possa tê-los como parceiros e que eles compreendam, que aquilo faça sentido para eles. Porque aí é uma coisa que atropela às vezes, sabe. Eles começam a ter umas ações assim que fica tudo meio... assim não dá para exigir algo que você não está dando também. E às vezes eles nem sabem que existe isso, que a gente poderia trabalhar isso. Então eu acho que começa pela gente, mas não foi possível ainda. Eu só acho que é possível, mas é uma questão de se organizar." (G5 - ASM)

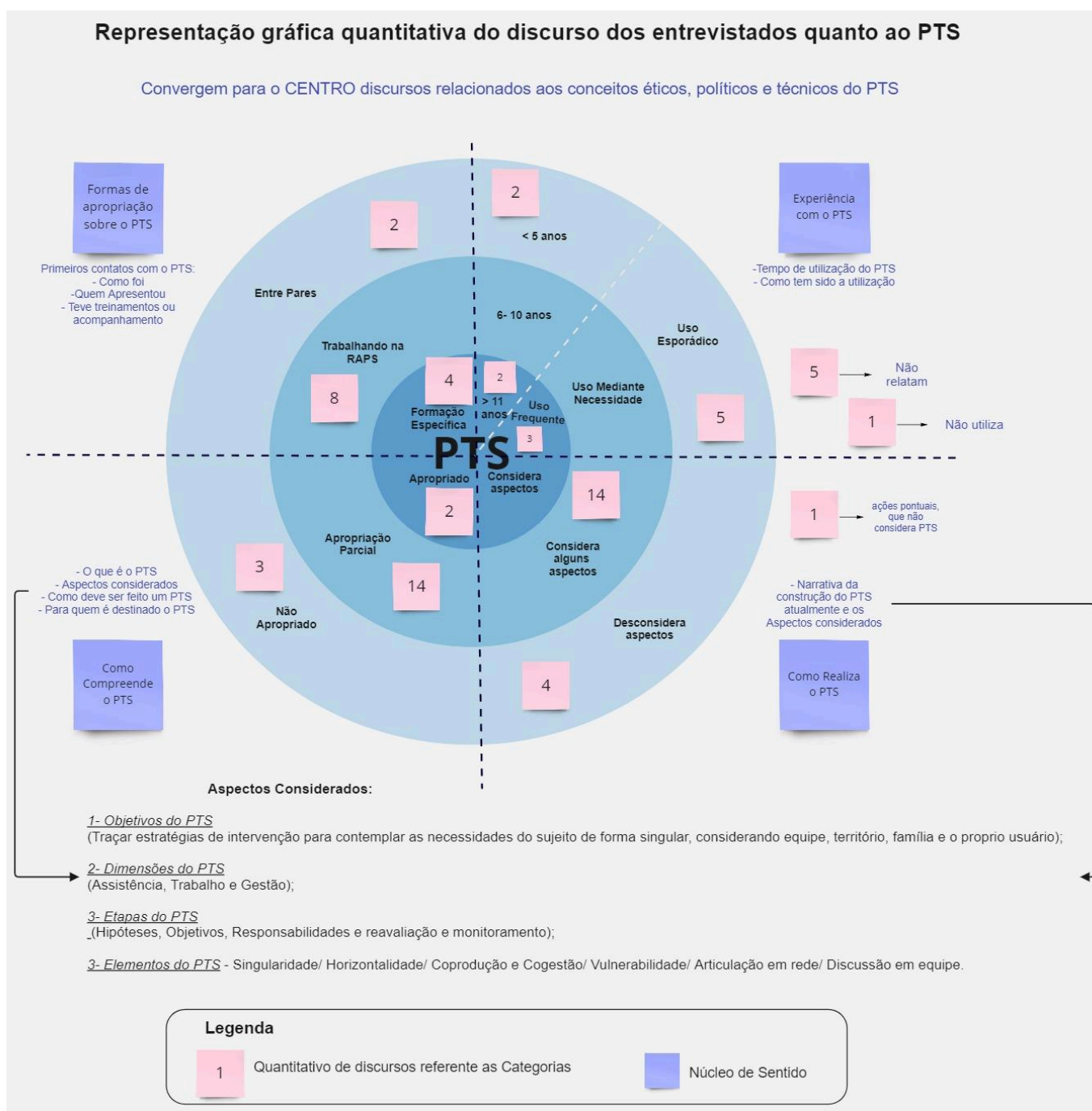
Para o cuidado intersetorial e integral, a fragilidade e ausência de ações da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) se colocam como importantes obstáculos. O trecho do participante destaca a abertura e desejo dos profissionais em construir algum cuidado intersetorial, mas o não conhecimento das "diretrizes" da saúde mental, como verbalizado, seria um impeditivo. Podemos considerar que além das fragilidades da ausência de ações de EPS, temos a histórica fragmentação de saberes e práticas, que isolam as dimensões físicas e psíquicas em conjuntos exclusivos de práticas, e também fragmentam a

intersetorialidade. Em termos de políticas públicas, temos que SUS, SUAS e Educação devem ser necessariamente conectados, pois as vulnerabilidades transversalizam estas políticas e requerem minimamente articulação para serem enfrentadas. A educação em saúde mental e a organização dos serviços são essenciais para a efetividade de um cuidado intersetorial (ferramenta importante para a promoção da saúde mental), mas precisa ser melhor compreendida e implementada pelos profissionais de diferentes áreas.

De um modo geral, ao tratarmos sobre a **educação e atuação profissional à partir do PTS**, trazemos a necessidade de uma educação em saúde mental para todos os serviços, inclusive sobre ferramentas como o PTS, pois a falta de conhecimento é um obstáculo para a qualidade do trabalho desenvolvidos pelas equipes.

A seguir mostrarei duas figuras (com links de acesso) que consolidam as informações denotando a relação dos participantes com o PTS, bem como a relação entre teoria e prática profissional. Para efeito de esclarecimento, a lógica utilizada foi de quanto mais próximo do eixo central (PTS), mais os discursos se aproximam do ideal.

Figura 8 - Representação **quantitativa**⁷ dos discursos dos participantes quanto ao PTS



Fonte: Dados da Pesquisadora (2023)

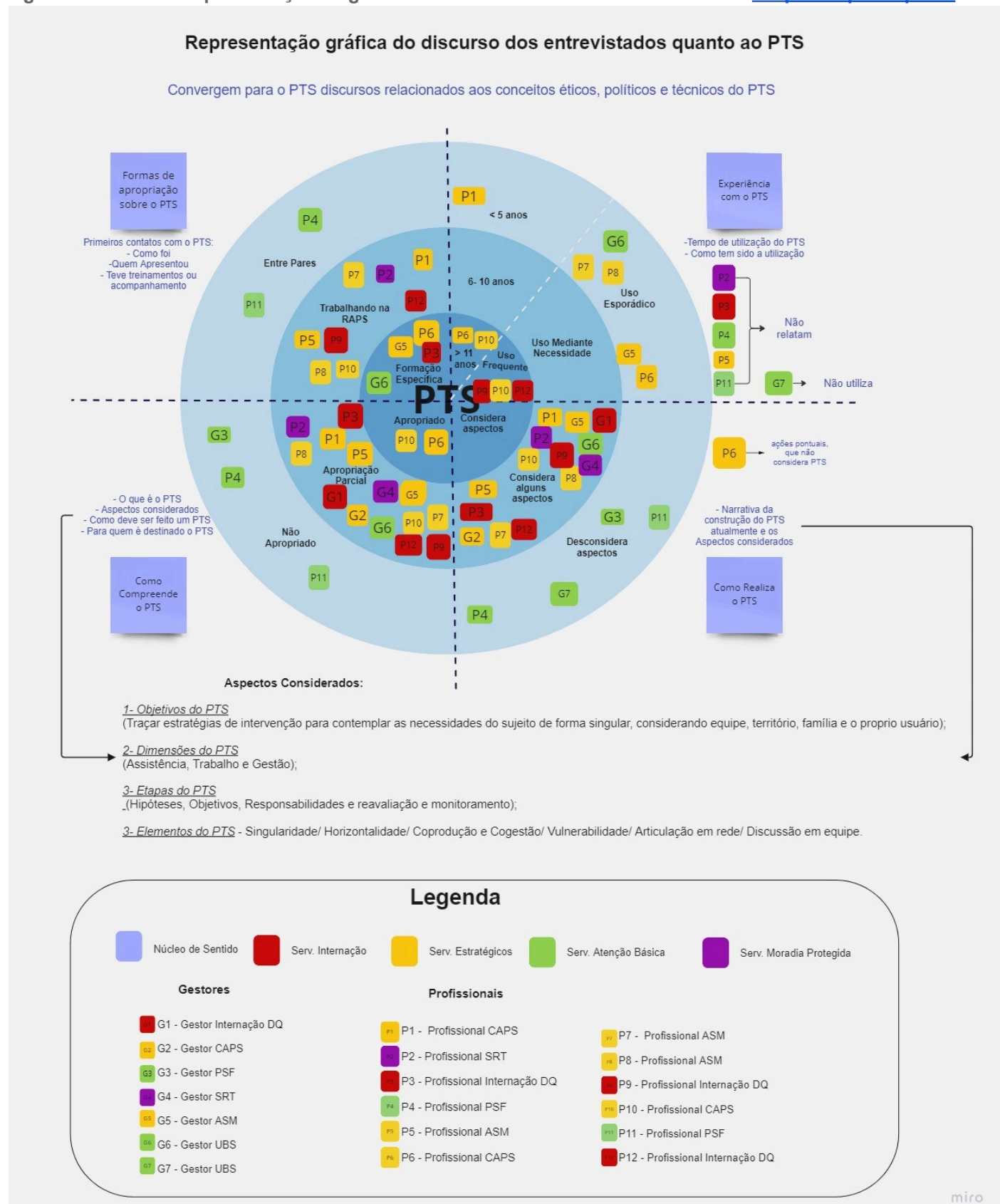
Nesta figura é possível observar pelo quadrante superior esquerdo (QSE) que os discursos dos participantes, em sua maioria, são referentes a se apropriar do

⁷ Figura disponível no MIRO para melhor visualização

PTS através de suas atuações na RAPS já enquanto trabalhadores, enquanto quatro se destacam por referir formação específica para tal.

Buscando compreender quem são estes participantes, onde atuam e sua relação com a rede, segue gráfico representativo a seguir:

Figura 9 - Representação gráfica dos discursos sobre PTS por participante⁸



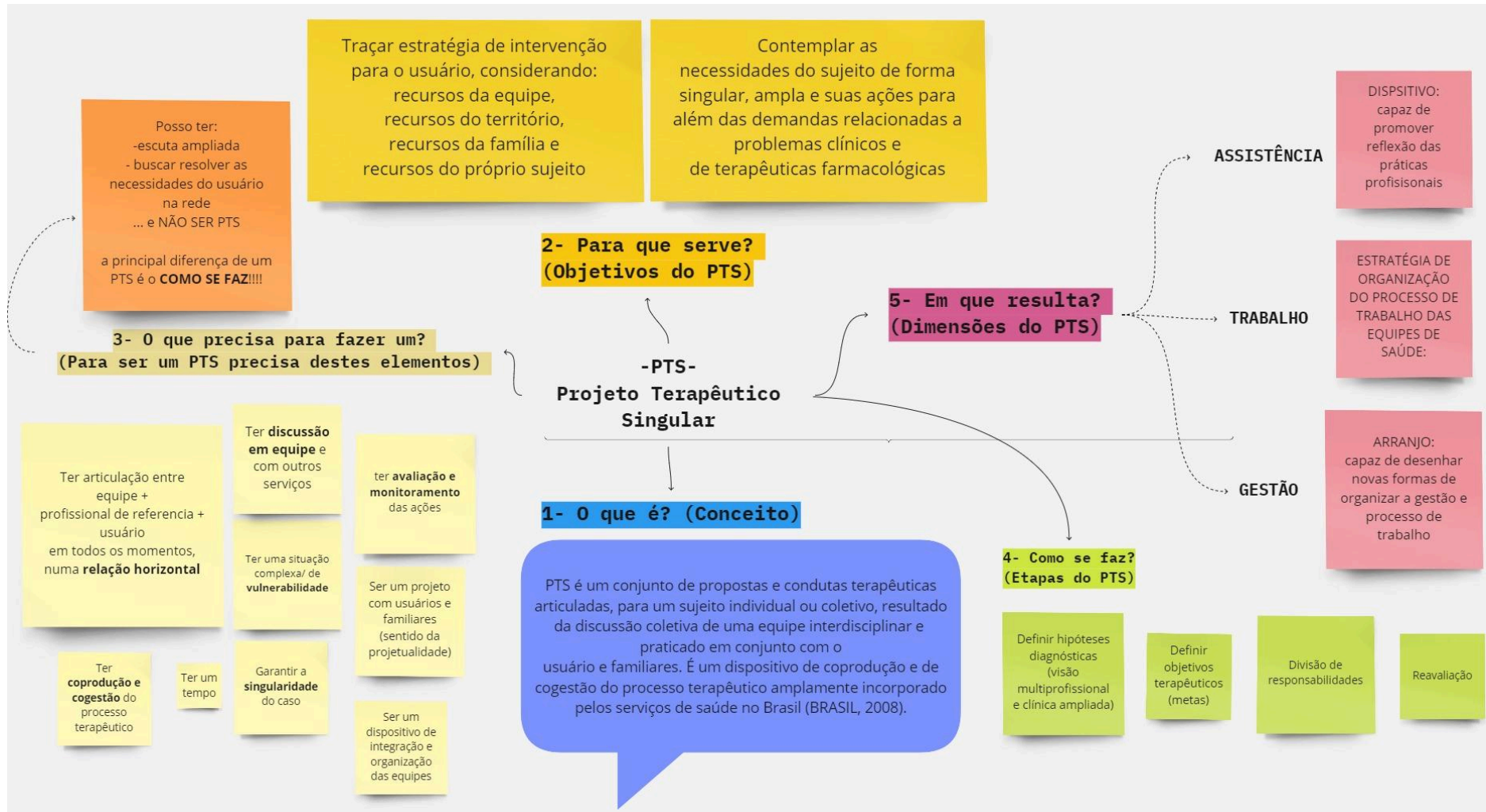
Fonte: Dados da Pesquisadora (2023)

⁸ Figura disponível no MIRO para melhor visualização

Observando a grande concentração de participantes no círculo intermediário, foi possível evidenciar que há uma apropriação parcial quanto a compreensão a respeito do PTS, principalmente com relação ao modus operandi necessário para efetivação dele enquanto ferramenta potente na construção coletiva da clínica do usuário. Não foi observada a compreensão do uso do PTS nas dimensões da Educação e Gestão do Cuidado, para além da Assistência na sua essência.

A seguir, figura esquemática representando os elementos do PTS que foram considerados para análise:

Figura 10 - Representação gráfica dos **elementos do PTS⁹** considerados para análise



Fonte: Dados da Pesquisadora (2023)

⁹ Figura disponível no MIRO para melhor visualização

De modo geral, referente ao **PTS propriamente dito**, devido os participantes considerarem a singularidade, vulnerabilidade e multiprofissionalidade, o modo pelo qual o PTS é descrito pelos participantes, tende a se aproximar da concepção de uma ferramenta de identificação de necessidades, com potência de produzir e organizar o cuidado em saúde mental. No entanto, as ações descritas são fragmentadas e setorizadas, não garantindo a longitudinalidade do cuidado ao usuário na RAPS uma vez que não há coprodução e cogestão do PTS, que o protagonismo é do profissional de referência e que os demais atores são envolvidos pontualmente no momento de distribuição das tarefas. O modelo de PTS seguido tornou-se rígido, hierarquizado, protocolar, e menos resolutivo, por não promover a discussão em equipe, ações conjuntas, monitoramento adequado e avaliação.

Categoria II - relacionada a Organização dos Serviços e Possíveis Influenciadores na Utilização do PTS na RAPS:

Subcategoria II.A. Organização da Assistência in loco e as tecnologias e estratégias de cuidado e gestão - As lógicas de funcionamento de cada equipamento participante; evidências ou elementos do modelo de assistência ofertado, organização das equipes e do trabalho; foram consideradas evidências de ações individuais ou coletivas realizadas pelos profissionais conforme estabelecido pelo serviço, além dos recursos utilizados para realização do cuidado, como as tecnologias utilizadas (leve, dura e leve-duras), além dos recursos como matriciamento, discussões de caso, entre outros empregados.

Quando abordamos sobre o modelo de assistência oferecido pela perspectiva dos gestores, os serviços tendem a cumprir com as portarias ministeriais quanto a finalidade do serviço e sua organização, considerando inclusive as características da população atendida como norteadora das propostas assistenciais e a missão dos serviços tende a ser bem estabelecida, frente o seu propósito, considerando que a principal função das unidades.

“Eu estou como gestora do núcleo de álcool e drogas desde 2017. Hoje a gente atende 40 pacientes masculinos para o período de internação de média permanência de 30 a 45 dias, com o objetivo primeiro da desintoxicação, estabilização do quadro da síndrome de abstinência da dependência química e motivação para continuidade do tratamento ambulatorial ou até mesmo em reabilitação em comunidade terapêutica... A gente trabalha com a equipe multiprofissional, onde entre as duas unidades circulam profissionais do serviço social, psicologia, terapia ocupacional, o enfermeiro, auxiliar e técnicos de enfermagem, médico clínico e psiquiatra e enquanto serviço de apoio a gente tem nutricionista, fisioterapeuta, farmácia e dentista. Contando também a equipe de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem, oficial administrativo e auxiliares de saúde”. (G1 - NAD)

“A gente tenta funcionar o mais alinhado possível à portaria, mas algumas coisas elas não são possíveis de se atingir por conta da falta de habilitação... Temos um número de 92 moradores entre a cidade e a colônia... e todos esses pacientes são assistidos pelo CAPS, que também é um CAPS de gestão estadual e que nesse ano a gente tá tentando fazer, alguns anos que estamos tentando, mas esse ano acredito que se efetiva, uma transição para uma gestão municipal, deveria também a residência ir para gestão municipal, porque tanto CAPS como residência são serviços de gestão municipal, mas por hora o que está em negociação e em transição é o CAPS.

Mas a assistência desses moradores, a assistência psiquiátrica é a partir do CAPS, e os técnicos do CAPS é que são referências dessas residências, que coordenam o trabalho nessas residências... Como elas não são habilitadas a gente não tem recurso, isso é uma coisa importante dizer, não recebe o recurso, então parte das necessidades é mantida ainda pelo CAIS... Parte de alimentação, de medicação, parte de limpeza, enfim... Parte da estrutura básica para as casas, o CAIS consegue ainda manter e outra parte, a maioria dos moradores tem um benefício, eles também contribuem com os recursos deles para a manutenção das próprias casas”.(G4 - SMP)

“A gente tenta ver tudo que o paciente está precisando... buscar o que está precisando... da melhor forma possível... a integralidade, fazendo a equidade, ver quem está precisando mais, dando prioridade maior no caso. Tem o caso de uma paciente que a gente faz “das tripas um coração”, dá remédio 4 vezes por dia... É aquilo que estou te falando, nós temos vários buracos, mas aqueles que a gente vê que estão realmente precisando, a gente faz tudo que pode, o máximo, desde um curativo, porque tem gente que tem úlcera da cabeça ao pé que recebeu alta e a Petúnia* fez um trabalho maravilhoso, até ir diariamente na casa do paciente. Aqueles que realmente precisam a gente vai até o final.” (G3 - PSF)

Pelos trechos apresentados podemos perceber que o modelo de assistência oferecido pelo serviço de internação em dependência química apresenta

características positivas, como a interdisciplinaridade, a abordagem biopsicossocial, o foco na reabilitação e a humanização do cuidado. O PTS não é explicitamente mencionado, mas a fala indica a presença de um plano de cuidado com objetivos específicos, seguindo a lógica da integralidade do cuidado, com a participação de uma equipe multiprofissional e a oferta de diferentes tipos de tecnologias. (leve-duras), no entanto, há espaço para aprimorar a organização do trabalho, com a implementação de ferramentas como o matriciamento, e a qualificação dos profissionais, com a oferta de formação continuada em saúde mental.

O SMP é um serviço para o acolhimento para pessoas com sofrimento psíquico sem vinculação familiar e com suporte social fragilizado após longo período de internação psiquiátrica e busca atuar o mais próximo possível do modelo de Serviço de Residência Terapêutica estabelecido pelo Ministério da Saúde, conforme abordado por Rocha (2012) ao oferecer suporte para o desenvolvimento da autonomia e da vida independente dos usuários-moradores. Ainda assim, desafios como a não habilitação para tornar-se SRT de fato e a gestão estadual oportunizam limitação do acesso a recursos financeiros e técnicos além de gerar insegurança e instabilidade, principalmente aos moradores que não possuem renda própria para contribuir com seus recursos para a manutenção das casas. Neste contexto, a regularização das residências seria fundamental para garantir o acesso a recursos e para a organização e o planejamento do serviço. O trecho destaca a importância da articulação entre diferentes serviços (CAPS, CAIS, SMP) para o cuidado integral dos usuários e atribui a falta de recursos como um desafio significativo para a gestão das moradias, sendo co-participação dos moradores na manutenção das casas um fator preocupante para aqueles que não possuem renda própria.

No último trecho destacado observamos que a equipe demonstra um compromisso com a integralidade do cuidado, buscando atender às necessidades individuais dos pacientes e priorizando os casos mais graves. No entanto, enfrenta desafios como a falta de recursos e a burocracia, sendo importante investir na qualificação dos profissionais, na organização dos serviços e na articulação intersetorial para garantir um verdadeiro cuidado integral e de qualidade para todos os usuários.

Os discursos apontam a singularidade e equidade como alguns dos norteadores do trabalho, contemplando a "integralidade focalizada e a integralidade macro" como nos traz PINHEIRO; MATTOS (2009). Quando tratamos desses tipos de integralidade é possível reconhecer que as necessidades de saúde implícitas nas demandas trazidas podem ir muito além do visível e que somente uma escuta qualificada e esforço multiprofissional poderão atender o usuário em sua integralidade.

Muito esforço é necessário para esse cuidado integral, principalmente do ponto de vista da gestão dos serviços de saúde, com fundamental papel de comunicação. Quando se trata dessa complexa integralidade, podemos concordar com Cecílio (2020), ao evidenciar que é necessário ter em conta que ela *“nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas”*, que *“jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular dos serviços”*. Deste modo muitos dos serviços desta RAPS vivenciam na prática que a integralidade da atenção se daria *“como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde... a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do ‘setor’ saúde”* como mencionado. Essa sim, sendo a integralidade pensada no “macro”.

Podemos então considerar que *“a integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, num lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas numa ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.”*(CECÍLIO, 2020)

"Então, eu acho que cuidado integral a gente preconiza isso. Todas as ações têm que ser pensadas na integralidade do sujeito e nas necessidades daquela pessoa, mas também daquela casa, porque a composição das casas ela não é nem eletiva e nem aleatória, a gente assim... as pessoas têm uma afinidade, um vínculo afetivo, muitos deles têm vínculo afetivo, porque eles têm uma longa história de internação juntos. Esse último ano a gente recebeu 10 moradores que vieram de unidade de internação, numa pancada só, então num primeiro momento a gente colocou todos na mesma casa, porque eles tinham um vínculo, vou chamar de vínculo afetivo, mas é um vínculo de companhia, de estar muito tempo juntos. Uma foi transferida (para RT em outro município) porque saiu uma vaga... alguns deles a gente consegue transferir para uma residência próxima da família ou para a cidade de origem, conforme preconiza a lei do processo da "desinsti", ela queria levar a outra... "Você quer ir?", "Eu vou, mas eu posso levar minha colega?". Por que ela queria levar a colega? Quantos anos elas estão juntas? Ou num pavilhão, e ali um pouco tempo na casa que elas ficaram juntas, então eu penso que elas têm um vínculo afetivo. Então, na medida do possível, a gente mantém isso na organização das casas, porque eles estão há muito tempo juntos. Nesse sentido, eu penso que a integralidade do cuidado passa por tudo isso, por aquilo que acontece na casa, pelas relações entre eles, pelos vínculos que eles têm, e para atender as necessidades, não dá para ser uma coisa só mecânica, só dar comprimido, só dar comida, só limpa a casa... Eu acho que nesse sentido a integralidade precisa permear o tempo todo. Vou te falar que isso acontece 100% o tempo todo? Provavelmente não, porque as pessoas são diferentes e enfim a gente não fica 24 horas com eles, mas é a linha do trabalho." (G4 - SMP)

Neste trecho observamos que a integralidade é pensada e definida a partir da atenção às necessidades biopsicossociais, considerando sua individualidade e contexto, transversalizado pela composição das casas, manutenção dos vínculos e as individualidades dos moradores. Ainda assim, há desafios inerentes às práticas mais humanizadas como a dificuldade em atender às necessidades individuais de todos os residentes, a falta de recursos humanos e materiais, a burocratização do trabalho e a desigualdade no acesso aos serviços. A equipe demonstra um compromisso com o cuidado integral, no entanto, enfrenta desafios como a falta de recursos fundamentais e a burocracia, sendo importante pensarmos no investimento na qualificação dos profissionais, na organização dos serviços e na articulação intersetorial para garantir um cuidado integral e qualificado para todos os usuários.

O planejamento da assistência, neste caso, passa pelo olhar singular e coletivo, então uma integralidade Micro, considerando também o vínculo, a história

dos moradores, seus desejos, suas individualidades: tecnologias leves de cuidado fundamentais para a atenção em saúde mental. Há uma lógica de trabalho que considera a integralidade dos moradores, mas há uma rotatividade da equipe e com isso não é possível a supervisão contínua do trabalho desenvolvido, sendo fatores não garantidores deste modelo de atenção proposto.

Alguns gestores, trazem ainda referências a “trabalho de campo e trabalho nuclear” compondo as práticas de cuidado, que muito próximo ao tratado por Gastão, trazem elementos de diferentes óticas de saberes. O núcleo sendo tratado como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso, demarcando a identidade de uma área de saber e de prática profissional. Já o campo, como um espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (CAMPOS, 2000)

“Dentre a equipe multiprofissional, tanto a gente trabalha com as ações que a gente chama de nucleares, cada profissional frente a sua atuação direta com os casos, como a gente também tem o trabalho de campo, que a gente identifica como os trabalhos referenciados. Cada paciente vai ter um técnico de referência onde vai ser o condutor do caso, esse técnico de referência a princípio ele está na responsabilidade direta, porém também pode ter um corresponsável a depender da necessidade do caso frente o projeto terapêutico singular”. (G1 - NAD)

“A divisão, as ações dos profissionais são divididas em ações nucleares, em ações como técnicos de referência, que cada um dos técnicos de nível universitário são também técnicos de referência, e são ações de assistência propriamente ditas, quando eles realizam grupos, atendimentos voltados para o terapêutico”. (G2 - CAPS)

Nestes trechos encontramos evidências do olhar dos gestores dos serviços especializados (internação e ambulatorial) sobre a equipe multiprofissional, considerada elemento fundamental para o cuidado integral em saúde mental, sendo a interdisciplinaridade, o acompanhamento individualizado e a flexibilidade aspectos positivos do trabalho das equipes. A divisão do trabalho em ações nucleares, de referência e de assistência é uma forma de organizar o trabalho da equipe multiprofissional e garantir que cada profissional realize suas atividades de forma específica. A coordenação do cuidado pelo técnico de referência tem sido

considerada fundamental para a integralidade do atendimento. No entanto, ainda há desafios a serem superados, como a falta de recursos, a burocracia, a falta de comunicação e a desigualdade no acesso aos serviços.

“No mais, na linha do que a gente diz dos cuidados principais, equipe de enfermagem eu acredito que a gente tá conseguindo atender as necessidades que esses pacientes têm trazido, não só da enfermagem, dos outros profissionais também, como da psicologia, hoje que a gente tem um psicólogo pra cada unidade. Eu queria acrescentar o profissional da educação física também que eu não falei no rol dos profissionais. E a gente também tem um educador físico, então um pouquinho de cada profissão tem contribuído muito na linha do cuidado, porém a gente tem um assistente social, enquanto assistência direta, é o que eu sinto hoje a falta de ampliar a atenção e até mesmo expandir as articulações com a rede...Dentre a equipe multiprofissional, tanto a gente trabalha com as ações que a gente chama de nucleares, cada profissional frente a sua atuação direta com os casos, como a gente também tem o trabalho de campo, que a gente identifica como os trabalhos referenciados. Cada paciente vai ter um técnico de referência onde vai ser o condutor do caso, esse técnico de referência a princípio ele está na responsabilidade direta, porém também pode ter um corresponsável a depender da necessidade do caso frente o projeto terapêutico singular.” (G1 - NAD)

A multiprofissionalidade também chama a atenção, mas nas suas ações nucleares de cuidado, trazendo o conceito da atenção integral/ integralidade do cuidado ao usuário em conformidade com a finalidade do seu serviço como se fosse o mesmo conceito da linha de cuidado. Linha de cuidado enquanto padronização técnica que explicita informações relativas à organização da oferta de ações de saúde na rede e havendo valorização da equipe multiprofissional garantindo que o cuidado seja efetivo. A equipe multidisciplinar do NAD demonstra um compromisso com o cuidado integral do usuário, no entanto, enfrenta desafios como a falta de assistente social que limita a capacidade de ampliar a atenção e articular com a rede de serviços.

Já para os profissionais, fica latente a não estratificação das ações desta forma. Trazem evidências de ações individuais e coletivas, mas sempre envolvendo o cuidado propriamente dito, com suas nuances.

“No meu caso, as ações que eu desenvolvo são os acolhimentos, os atendimentos individuais e de referência que entram dentro desses atendimentos psicológicos, os atendimentos em grupos na parte de transtorno mental, de tabagismo que a gente desenvolve e a assistência no serviço de residência terapêutica (coord. de RT). Essas são as ações que eu desenvolvo no meu serviço”. (P1-CAPS)

“Cuidado integral eu acredito que é quando a gente faz os atendimentos de referência, quando você vai planejar essas ações junto com ele do que ele vai tá precisando ali durante a internação. Normalmente chega com muita ansiedade e fissura, então você planeja uma avaliação médica, às vezes reajuste de medicação. Não sou eu diretamente quem faço, mas eu que solicito junto com o usuário. Acredito que seja isso. Agora de intersetorial acho que um exemplo é esse, de dar seguimento no tratamento após internação, mesmo que não seja para uma comunidade a gente motiva para ele seguir o tratamento ambulatorial e ele vai estar sempre saindo daqui com o agendamento. Então já vou estar fazendo esse apoio da rede, né”. (P3-NAD)

“Aqui a gente acompanha e também vê se precisa e quando precisa ir na casa, levar o médico na casa. O pessoal da enfermagem e até a gente vai junto. Ver quem precisa de um curativo ou de algo diferente. Se precisar de uma avaliação da enfermagem ‘ó, eu fui numa casa assim. Será que você pode ir lá comigo para avaliar, pra ver, pra ajudar a gente?’ ou a gente até “cata” o paciente que vão embora e voltam (para a área) e traz de volta (para o PSF)”. (P4-PSF)

Mesmo os profissionais não evidenciando essa divisão das práticas de trabalho é perceptível que realizam ações para além dos seus núcleos de saberes e, portanto, trazem no cotidiano de trabalho os diferentes olhares necessários para o cuidado, um olhar ampliado de todo contexto.

Os profissionais fornecem uma visão abrangente das diferentes abordagens utilizadas na atenção à saúde mental, com foco no cuidado integral, intersetorialidade e acompanhamento ativo, desenvolvendo ações multidisciplinares (atendimentos conforme o núcleo de saber, acolhimento, atendimento individual e grupal, planejamento individualizado, coordenação de moradias), ações de cuidado integral (por meio de planejamento individualizado, abordagem biopsicossocial e acompanhamento longitudinal), ações de intersetorialidade (articulação com a rede de serviços, trabalho em equipe) e ações de acompanhamento ativo (visitas domiciliares, avaliação multidisciplinar, busca ativa) importantes no serviço público de saúde mental, demonstrando um cuidado integral e a intersetorialidade em saúde mental.

O planejamento individualizado, a abordagem biopsicossocial, o acompanhamento longitudinal e a articulação com a rede de serviços são aspectos positivos do trabalho desenvolvido, no entanto, evidenciaram dificuldades significativas como a falta de recursos, burocracia, dificuldades na articulação entre os diferentes serviços e desigualdade no acesso aos serviços. Os trechos demonstram um compromisso com a atenção à saúde mental de forma integral, intersetorial e com acompanhamento ativo. No entanto, ainda há desafios a serem superados para garantir um cuidado de efetiva qualidade para todos os usuários, pois, apesar dos desafios enfrentados, os profissionais demonstram um compromisso com a qualidade do cuidado e a busca por soluções para superar as dificuldades, fortalecendo o modelo de atenção à saúde presente no município.

Quando tratamos de modelos de atenção à saúde é preciso entender a lógica que as Redes de Atenção à Saúde (RAS), implantadas em 2010, utilizam, de modo a priorizar algumas linhas de cuidado como a RAPS. Essa é uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde a fim de garantir a integralidade do cuidado aos usuários. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2015).

Quando tratamos do modo de organização das equipes e do trabalho em si em relação ao cuidado em saúde mental, percebemos que há uma diferença entre os serviços de atenção básica e os serviços de saúde mental: enquanto os serviços da atenção básica apresentam foco nas atividades nucleares e categorizadas, os serviços estratégicos tendem a uma organização que favorece o trabalho de campo.

“Aqui, na verdade, não tem uma divisão específica, todo mundo faz de tudo. A única parte específica é a sala de vacina, que sou eu que fico, geralmente - geralmente, não, quando não tem alguém - e ficam duas pessoas na sala de vacina, essas duas pessoas são específicas da sala de vacina, mas também fazem outros serviços: coleta de sangue, pré-consulta, tudo isso daí. O resto assim não tem uma divisão, cada um faz determinado tipo de serviço, até porque como a gente trabalha em poucas pessoas, todo mundo tem que saber fazer de tudo.” (G7 - UBS)

“A maioria dos meus clínicos, eles sempre me chamam em casos que requer mais cuidado. ‘Esse aqui eu preciso que você me arrume um psicólogo, você me acione assistente social’. Na questão da integralidade, acho que já estamos uns passinhos. Não vou falar que está totalmente desenvolvida, a gente precisa melhorar e muito, mas eu acredito que tá ali já conseguindo trabalhar essa questão...Pensando mesmo no projeto terapêutico, a gente não tem regionalização, tá? O paciente chega pela livre demanda, então o paciente pode ir em qualquer unidade, a gente não tem a questão de cada unidade atender só um bairro ou outro. Então isso a gente já não tem. O que eu consigo oferecer dentro da minha unidade, então é meio que pra nós já é muito palpável a questão assim: uma categoria só, ela não vai conseguir resolver o problema, tanto é que a minha ‘fono’ conversa com meu ‘otorrino’, que já conversa com a minha nutricionista. Os meus clínicos normalmente eles já mandam pro nutricionista, mandam pra fono...Eles mesmos já sabem que existem ali, então ali dentro a gente já roda e já vai colocando todo mundo no grupo e já vai unindo essas categorias pra resolver um caso.” (G6 - UBS)

Demonstram uma tentativa de trabalho multidisciplinar conforme a necessidade do usuário, porém de modo ainda não articulado e de certa forma centralizando as articulações no gestor. Podemos perceber que há uma preocupação em olhar para um cuidado ampliado e inclusive incentivar a atenção multiprofissional no serviço de forma não protocolar quando o caso requer. Por se tratar de serviços de atenção básica, tem ações muito específicas de determinadas categorias que acabam tomando um lugar de um olhar muito voltado para a assistência clínica, mesmo orientada a respeito da temática cuidado em saúde mental sendo os serviços de atuação componentes da RAPS.

Os dois trechos fornecem perspectivas distintas sobre o trabalho em equipe na atenção primária à saúde, sendo que o primeiro destaca a importância da colaboração interdisciplinar e da construção do projeto terapêutico singular, enquanto o segundo enfatiza a flexibilidade e a multifuncionalidade dos profissionais em um contexto de equipe reduzida, sendo evidenciado por ambos a falta de recursos materiais com infraestrutura e equipamentos inadequados para o trabalho em equipe e a busca por soluções para superar os desafios. Os trechos nos trazem diferentes aspectos da importância do trabalho em equipe na atenção primária à saúde e suas diferentes formas de trabalho, como a interdisciplinaridade, a

flexibilidade e a multifuncionalidade sendo elementos importantes para o bom funcionamento da equipe, no entanto, os desafios como a falta de profissionais e recursos materiais precisam ser superados para garantir um atendimento de qualidade aos usuários.

Ao tratarmos dos entrevistados dos serviços estratégicos, percebemos atuações enquanto trabalho de campo sendo as mais citadas e valorizadas, tanto pelos profissionais quanto pelos gestores, favorecendo o acesso dos usuários ao serviço.

“A gente dá muita escuta sem agendamentos. Existem os agendamentos formais, ou da psicologia, ou da psiquiatria, ou mesmo com o serviço social existem agendamentos de acompanhamentos, às vezes algumas situações que a pessoa está vivenciando, o serviço social dá uma escuta, porque são questões muito amplas, que vão além de uma demanda emocional que envolve aí toda uma questão social que, na verdade, é a maioria. Então, além desses agendamentos formais, eles sabem que podem chegar lá a qualquer momento e sempre vai ter alguém para escutar, porque a gente sempre orienta nesse sentido. Como às vezes a gente não consegue - às vezes, não, sempre - nós não conseguimos acolher essas pessoas de imediato num tratamento, então a gente oferece a escuta quando eles precisam. E isso funciona, isso eles fazem até por telefone, eles ligam. Eu acho que isso também, entendo que seja uma forma de cuidado...A gente procura ampliar um pouco essa coisa de uma ação muito clínica, que é uma característica do ambulatório. Não é uma coisa muito fácil, não, mas, na medida do possível, a gente faz. Mas óbvio que não dá para fazer isso, eu diria que não é nem com a maioria, mas também não é a maioria que precisa de uma atenção específica ou muito especial, porque se a gente entender que o ambulatório cuida dos casos leves e moderados, essas pessoas não são - a maioria delas não são pessoas que entram no critério de que a gente tem que estar de olho nelas meio que o tempo todo.” (G5 - ASM)

Percebemos que há a utilização de recursos formalizados como os agendamentos, mas também os recursos não formalizados e sim contratados por uma vinculação inicial entre usuários e serviços/profissionais, como a escuta ativa e teleatendimento. Também vemos que há uma lógica de pensamento que traz a singularidade e vulnerabilidade empregados como critérios para transcender o cuidado ambulatorial tradicional.

É relevante salientarmos aspectos positivos das ferramentas de cuidado referenciadas no trecho, como a escuta sem agendamento, o acolhimento imediato e a abordagem biopsicossocial ao considerar os aspectos biopsicossociais dos usuários nas intervenções da equipe, denotando que a esta equipe demonstra um compromisso com o acolhimento e a escuta ativa dos usuários, reconhecendo assim a importância de uma abordagem ampliada em saúde mental. No entanto, enfrenta desafios como a falta de tempo e recursos para atender à demanda.

Tratando-se oportunamente das dificuldades salientadas nos discursos, tanto os gestores quanto os profissionais evidenciam aspectos importantes e facilmente interferentes no cuidado aos usuários, articulação entre os serviços e consolidação da intersectorialidade.

“Na assistência direta aos moradores, o processo de trabalho é a partir do CAPS mesmo, então os coordenadores da casa, os técnicos são bem envolvidos e eles proporcionam bastante atividades e movimentam bastante as casas no sentido de preparar tudo, de conduzir um pouco do processo terapêutico, porque os moradores chegaram a frequentar o CAPS, mas com a pandemia o CAPS também ficou com as atividades de grupo suspensas e a gente tá retornando nesse início de ano, mas tem uma ondinha de COVID que a gente ainda não sabe como é que vai ser...Então a gente (CAPS) está mais restrito em atendimentos individuais e consultas médicas. Com isso, o pessoal da residência, acho que teve um desenvolvimento bacana porque tanto os coordenadores quanto os cuidadores das casas desenvolveram atividades e ações dentro das casas, com mais criatividade do que tecnologia, eu acho, esse ano eu percebo isso. Então todas as ações, vamos dizer assim, extremamente terapêuticas, foram realizadas nos grupos da própria casa, porque também dentro da colônia e na cidade a gente preconizou a questão do isolamento, de pouco convívio social e todas as normas que foram precisas para prevenção do COVID. A gente teve um momento de ter um surto de COVID dentro da colônia, foi muito complicado no ano de 2020, a gente precisou trancar as portas mesmo, isolar as pessoas dentro de casa e depois, nesses dois últimos anos 2020/2021, as atividades foram realizadas dentro das próprias casas. Então eu acho que teve um entretenimento, as comemorações que foi muito da criatividade dos cuidadores e com incentivo dos moradores, então muita tecnologia? Não, muita criatividade, né?” (G4 - SMP)

Nesta organização do trabalho, percebemos que há o acúmulo de atribuições dos profissionais de nível superior do CAPS. Estes, além de suas atribuições

técnicas de acordo com a categoria profissional também desempenham ações enquanto os principais organizadores do cuidado dos moradores do SMP e também em conjunto com demais profissionais são executores desse cuidado prestado aos moradores, pois realizam a estruturação de todo contexto que os envolve (o morar, o financeiro e afins).

O evento da pandemia, neste caso, marcou um momento no qual as moradias protegidas assumiram um papel para além do morar, com práticas terapêuticas dentro das próprias residências orientadas pelos coordenadores/profissionais do CAPS. Estes acontecimentos nos remete a ampliação de potências de cuidado antes não evidenciadas, mas também deve ser um alerta para não tornarem esse o modo de produzir saúde mental reduzida da convivência desses moradores com o território e limitando as ações efetivas de desinstitucionalização. Mesmo a pandemia de COVID-19 impondo desafios para o processo de trabalho no SMP, os profissionais demonstraram criatividade e adaptação para manter o acompanhamento terapêutico dos moradores.

Já ao abordarmos os principais dificultadores do processo de trabalho no ASM encontramos uma lógica de “profissional de referência”, que na literatura o profissional é tido como *um dispositivo que tem como finalidade o estreitamento do vínculo entre os profissionais e usuários, a proposta da interdisciplinaridade e a interlocução com as redes familiares, sociais, culturais, sócio-educacionais, entre outros*. O propósito é um novo cuidado que será articulado pelo referente, garantindo a continuidade do tratamento com a inclusão dos aspectos subjetivo, social, familiar e laboral. (Campos, 1999; Furtado & Miranda, 2006).

“Como o serviço tem uma equipe muito pequena, a gente quase sempre é o único responsável, então, a priori, como a gente tem as nossas referências, a gente não delega muito para o intersetorial. A gente consegue assim, ter um manejo de criar possibilidade dos atendimentos mais sistemáticos até que ela saia da crise, até que você consiga construir algo de algum projeto onde ela vá ser inserida para fazer alguma atividade...então isso fica bem vinculado para o responsável técnico do usuário no serviço. Depois a gente demanda para o ‘inter’, onde a gente consegue ter um suporte na hora que precisa dessa necessidade, mas ainda muito engessado. Até por conta disso que o município está trazendo o CAPS e a gente está fazendo essa transição para poder trabalhar da forma como realmente deve o projeto (PTS).” (P5 - ASM)

Podemos perceber que o trabalho é focado na atenção individualizada dos usuários e com pouca interação da equipe do próprio serviço (multi), sendo que em um primeiro momento não observamos que haja uma linha de cuidado em saúde mental e tão pouco suas inter-relações. O profissional de referência assume um protagonismo como se fosse o único responsável pela resolutividade do cuidado. Desta forma até mesmo com o intersetorial (ou a falta dele) pode ser um enfraquecedor deste cuidado. O entrevistado considera que, no momento que o ASM assumir o CAPS enquanto gestão municipal será possível trabalhar com o PTS em toda a sua potencialidade, desconsiderando que as articulações com outros componentes e serviços podem ocorrer, independentemente do tipo de serviço de referência, mas sim através das necessidades de saúde dos usuários.

A intersetorialidade enquanto um trabalho conjunto de diferentes setores, neste contexto, apresenta importantes desafios como equipe reduzida, manejo do usuário apenas por um profissional responsável, engessamento da rede intersetorial (com dificuldades na articulação entre os diferentes serviços), além de não visualizar no modelo atual um modelo de atenção mais integral aos usuários. Ainda assim há aspectos positivos ao pensar no cuidado por meio de um plano de atendimento individualizado, buscando suporte da rede intersetorial quando necessário e reconhecendo a necessidade de um modelo de atenção mais integral. Deste modo o profissional reconhece a importância da intersetorialidade, mas enfrenta desafios como a falta de recursos humanos e a dificuldade na articulação entre os diferentes serviços.

Ao abordarmos sobre as dificuldades com outros entrevistados, destacam-se facilmente questões relacionadas aos recursos humanos.

A título de comparação, em conformidade com a PNAB (2017) que reconhece os tipos de equipes de saúde que atuam na Atenção Básica, para os componentes da RAPS do município foram consideradas somente Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Básica (eAB). Com relação a equipe preconizada/recomendada por eSF, no mínimo, composta por um médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), um enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde - ACS (que atendam até 750 pessoas cada). Desta

forma, cada eSF poderá ter até 12 ACS o número de agentes deverá ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente comunitário e de 12 agentes por equipe de Saúde da Família. Também podem compor as equipes o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal). Ainda em conformidade com a portaria PNAB 2017 cada UBS poderá ser composta por até quatro equipes completas, para que possam atingir seu potencial resolutivo. (BRASIL, 2017)

A População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. (PNAB, 2017) e neste caso o município de 27.000 habitantes conta com 3 unidades UBS e 2 eSF com uma equipe mínima em cada.

“Os médicos, no caso, a gente tem o pediatra e o médico da família, que aqui no caso não está corretamente, devido a problemas de contrato e tal. Eu, enfermeira e responsável técnica, temos três técnicos de enfermagem, a Magnólia*, o Girassol* e a Petúnia*, e os agentes comunitários, que atualmente estão com bastante áreas descobertas, estamos com três agentes comunitários. Precisaria de mais dois no mínimo. Está bem desfalcado.” (G3 - PSF)

“Nós ainda temos o modelo biomédico. Isso na nossa realidade é muito atual. Nós temos sobrecarga de trabalho, que a equipe é sempre reduzida. Aquela coisa de apagar fogo, principalmente agora que a gente teve a redução da carga horária, que foi para seis horas, estamos nos adaptando ainda. Então está assim, complicado. Mas vamos superar. A dinâmica, não se tem ainda essa dinâmica de trabalho de vivência (com o PTS)” (G6 - UBS)

Os trechos revelam desafios comuns na atenção primária à saúde no Brasil, como a falta de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho e a dificuldade na implementação do modelo de atenção integral à saúde. São alarmantes as referências a elementos como a falta de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho (exemplificados pela dificuldade em atender a demanda da população e a sensação de "apagar fogo"), além da dificuldade na implementação de um modelo de atenção integral à saúde (com a predominância do modelo biomédico e a falta de experiência com o PTS). Apesar dos desafios enfrentados, é positivo observarmos o reconhecimento das dificuldades por parte dos gestores, com disposição para

buscar soluções e enfrentar mudanças de cultura organizacional. Os trechos demonstram que os profissionais da atenção primária à saúde estão conscientes dos desafios que enfrentam e estão dispostos a buscar soluções para melhorar a qualidade do atendimento à população, sendo importante que os gestores e as autoridades políticas tomem medidas para superar esses desafios investindo na contratação de mais profissionais, na melhoria das condições de trabalho e na capacitação dos profissionais para o trabalho e ser realizado.

Com relação aos serviços de atenção especializada, os desafios trazem outras preocupações.

“Mas, por outro lado, mesmo a gente sendo ambulatorio, a gente tem pessoas muito comprometidas, neuroses graves, situações familiares muito complexas, muitas pessoas que têm um componente interno e uma história de tentativas de suicídio, pessoas, inclusive, que vêm do CAPS, que são situações mais graves, às vezes, que mesmo estáveis elas dão umas descompensadas, mas aí, dependendo dessa descompensação, a gente não retorna elas para o CAPS, a gente procura resolver ali. Então é assim que a gente vai tocando. Eu digo sempre que é um dia após o outro, sabe. Quando a gente chega, a gente nunca sabe o que vai vir naquele dia, então não são ações muito programadas, não, a gente faz de acordo com o que aparece. Apareceu ali, pronto e agora? Então agora nós vamos correr atrás de ver o que nós vamos fazer. Porque eu entendo que a saúde mental a gente não consegue se programar muito e ter algo muito quadrado.” (G5 - ASM)

As necessidades dos usuários tem norteado o funcionamento do serviço e organização da assistência no dia a dia de trabalho e este é justamente um modelo de atenção à saúde proposto pelas RAS (Redes de Atenção à Saúde), podendo ser considerada, apesar das dificuldades elencadas, um potencial transformador do processo de trabalho e um pré requisito para o ampliação do olhar para o uso do PTS pelo serviço. São evidentes as ações de trabalho flexíveis e com foco no perfil dos usuários, favorecendo o planejamento individualizado e a abordagem holística tão necessária no cuidado em saúde mental, sendo evidente que a equipe do ambulatorio demonstra um compromisso com o atendimento em saúde mental e busca oferecer um cuidado individualizado e flexível aos usuários, no entanto, enfrenta desafios como a falta de tempo e recursos. É importante investir na

qualificação dos profissionais, na organização dos serviços e na ampliação da equipe para garantir um atendimento de qualidade para todos os usuários.

Entre as potências evidenciadas nos discursos temos as tentativas de utilização de importantes ferramentas como o matriciamento, trabalho em rede e singularização do cuidado.

“A realidade é que o psiquiatra atendia tudo, tudo! Desde a pessoa que não consegue dormir direito até casos assim, de esquizofrenia. Claro, quando estava muito grave, mandava para o CAPS. Ou uma depressão já com sintomas psicóticos a gente mandava pro CAPS. Então o matriciamento foi uma coisa, a gente conseguiu alguma coisa. Não chegou nem perto do nosso desejo, do nosso objetivo, mas a gente conseguiu alguma coisa. De modo que os clínicos gerais pudessem atender esses casos que a gente chama de básico, que é ali, um antidepressivo, talvez um medicamento para dormir. Mesmo assim muitos voltaram para o ambulatório porque quando houve uma piora o clínico já mandava de volta. Alguns (médicos da AB) até tentavam ir um pouco além e testar outros medicamentos, mas outros não, preferiam já encaminhar de volta para o ambulatório.” (P7 - ASM)

Mesmo com desafios como a resistência de alguns profissionais à mudança e a falta de acompanhamento adequado, não podemos desconsiderar o impacto positivo do matriciamento na atenção primária, enquanto estratégia para fortalecer a saúde mental através da capacitação profissional. É imprescindível ressaltarmos os potenciais de redução da demanda por atendimento psiquiátrico para casos mais simples e um maior acesso à atenção primária à saúde mental com o investimento na capacitação dos profissionais da atenção básica, na sensibilização dos profissionais para a importância da mudança e na organização dos serviços para garantir um atendimento de qualidade para todos os usuários. Infelizmente a organização da assistência não contemplou o cuidado conforme os pontos de atenção à saúde, fazendo com que a serviços estratégicos se sobrecarregassem.

Pela ótica das ações de cuidado integral e intersetorial, percebe-se a apropriação da equipe multidisciplinar desde suas ações específicas, como interdisciplinares, quando no papel de profissional de referência. Há um modelo de trabalho pautado na Clínica Ampliada, com equipe multiprofissional trabalhando de modo interdisciplinar, tendo por norteador o PTS dos usuários, assim como um

modelo biopsicossocial de atenção à saúde, utilizando-se de equipe multiprofissional e lógica de interdisciplinaridade das ações, sendo uma forma de ampliar o olhar para a Clínica Ampliada. (SAÚDE, 2011)

“Isso (formalização de profissionais de referência nos serviços) ia facilitar demais nosso trabalho. Eles (equipe do ASM) trabalharam um tempo aqui com a gente, eles ficaram uns três meses aqui. A gente teve essa experiência e foi muito boa, porque temos muitos pacientes que fazem esse acompanhamento psicoterápico, então duas vezes na semana. Um dia o Jasmim*, no outro dia a Tulipa*, eles (profissionais do ASM) vinham fazer atendimento aqui. Os pacientes já eram atendidos pela médica que encaminhava, já era atendido e já era discutido no momento. Então a gente notou que a gente precisava dessa troca com a parte social que estava muito difícil, às vezes pedia ajuda e não tinha essa troca, não tinha essa devolutiva, mas aí isso morreu.” (G3 - PSF)

Neste contexto vemos a valorização das práticas de matriciamento realizada pela equipe do ASM (atendimento, discussão de caso), porém não parece ter oportunizado a utilização do matriciamento como também um recurso técnico-pedagógico e de articulação intersetorial junto a equipe PSF. Interessante como uma experiência exitosa abriu caminhos para a percepção da gestora pela vivência do matriciamento na unidade e tornou perceptível a necessidade de maior articulação também com a rede SUAS, favorecendo a agilidade na resolução de problemas de saúde e ampliando a eficiência dos serviços.

O trecho traz elementos relevantes como a experiência positiva do trabalho em conjunto entre equipes demonstrando o potencial da intersectorialidade para melhorar a qualidade do atendimento à saúde, porém, é importante superar os desafios para garantir a efetividade da colaboração entre os diferentes serviços.

“Nós temos já instituído na própria missão do serviço as ações previstas desde a chegada do usuário. Após a chegada, às discussões que vão definir o encaminhamento desse usuário, se é a sua inserção, se é o seu encaminhamento, se é só uma orientação ou se é uma orientação e um encaminhamento para outro serviço da rede. No caso da inserção (do usuário no CAPS), aí começa o acompanhamento propriamente dito por meio da discussão do caso, da elaboração do projeto terapêutico singular, que contempla já várias ações que vão favorecer a evolução daquele caso, geralmente com consulta médica, atendimento de referência, atendimento de alguma outra categoria necessária, encaminhamentos para grupos, considerando que há um ano e meio o nosso CAPS está com as atividades coletivas suspensas, não completamente suspensas, mas a rotineira suspensa.” (G2 - CAPS)

É possível visualizar o itinerário terapêutico do usuário no serviço quando à partir do primeiro contato, o profissional do acolhimento define a conduta ou leva o caso para discussão, bem como a relação com o profissional de referência. A partir da inserção do usuário no serviço é estabelecido o plano terapêutico pelo profissional de referência, mediante um cardápio pré estabelecido e se necessário, são acionados outros recursos, mas novamente o usuário não aparece como protagonista do seu cuidado.

Neste trecho podemos destacar ações previstas desde a chegada do usuário e o seu acompanhamento, os quais podemos considerar a existência de um protocolo para o acolhimento e acompanhamento dos usuários, elaboração do PTS e os devidos encaminhamentos necessários. Tais ações faz com que o CAPS demonstre um compromisso com os usuários, contudo, a suspensão das atividades coletivas representa um desafio para o serviço em se tratando da redução das opções de tratamento e prejuízo para o processo de reabilitação psicossocial dos usuários, dificultando a garantia do acesso dos usuários a um tratamento completo e eficaz, sendo necessário ampliar as opções de tratamento.

"Tive casos de crianças com bulimia que a mãe chegava pra gente toda angustiada, então fazemos a escuta dessa mãe, normalmente em locais isolados, tentamos dessa forma. Eu já tive profissional psicólogo trabalhando comigo, eu não tenho mais, mas eu já tive. Então teve caso de eu pedir auxílio, de a gente sentar junto e conversar... hoje como eu não tenho, então a primeira triagem, o que eu peço para os meus técnicos é terem um pouquinho de tato e sensibilidade para estar detectando algum eventual sofrimento Mental para a gente tá podendo trabalhar, isso existe. Às vezes não dá forma sistematizada que deveria ser mas tem essa percepção, a gente tenta buscar isso, tanto é que alguns casos são meus próprios técnicos que vem me reportar. 'Amarílis'¹⁰, esse caso aqui eu acho que precisa acionar assistente social'... esse caso eu acho que a gente precisava investir, olhar com mais carinho para ele, então isso existe. Talvez não de forma como falei, tão sistematizada e ampla na maneira que merece, mas da maneira que a gente consegue estar tratando isso, porque nós temos toda a nossa limitação" (G6 - UBS)

O trecho denota a preocupação do gestor com o olhar dos profissionais de enfermagem - os principais identificadores das necessidades dos usuários e nos mostra que há o reconhecimento da importância da escuta qualificada e busca por soluções para suprir a falta de profissional especialista, por vezes encaminhando aos serviços da rede de apoio. A equipe da UBS demonstra um compromisso com o atendimento à saúde mental, mesmo diante das dificuldades, contudo observamos que a identificação de casos de sofrimento mental se dá enquanto triagem, não apresentando sistematização e recursos para o atendimento desses casos e as articulações com outras categorias profissionais tendem a se constituir mediante a evidenciação de necessidades dos usuários que, muitas vezes, extrapolam a resolutividade do serviço ou resolubilidade dos profissionais.

Ao tratarmos das tecnologias de cuidado empregadas, nos referimos à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, trazendo aqui a categorização descrita por Merhy, Camargo e Feuerwerker (2009) como tecnologias duras (relacionadas a máquinas), as leve-duras (relacionadas ao conhecimento técnico dos trabalhadores) e as leves (também chamadas relacionais por se pautarem no vínculo, na co-responsabilização pela saúde dos usuários).

Quanto aos recursos utilizados pelas equipes para a realização do cuidado, em muitos momentos sabemos que as práticas assistenciais tendem a ser uma

¹⁰ Nome modificado para preservar a identidade dos envolvidos

atenção à queixa-conduta, com uma lógica biocentrada. Neste modelo de atenção percebemos que há a valorização das tecnologias leve-duras e duras, não ocorrendo investimento na utilização das tecnologias leves de cuidado.

A seguir percebemos uma perspectiva na utilização das tecnologias duras que favorece a assistência e ações integradas.

“(sobre tecnologias utilizadas e o processo de trabalho) É muito informatizado, a gente usa muito o computador, tudo a gente tem que jogar no sistema, que senão não conta como atendimento. A gente tem instrumentos de enfermagem para fazer diagnóstico, quando o paciente vem para fazer curativo, coleta de Papanicolau, temos instrumentos diferentes. Têm as fichas dos agentes comunitários que já identificam tudo. A gente tem uma série de fichas, aqui é tudo bem específico para cada problema...(sobre a informatização) É um sistema do município. Na verdade, ele vai ser transferido depois para o e-SUS, mas ele é tipo um sistema que os municípios compram. Ele funciona em vários municípios. Até consigo acessar informações dos usuários dentro da prefeitura porque eu tenho a parte de histórico do paciente, eu entro e eu sei. Até falei na época para a Astromélia¹¹ quando ela estava com o pessoal (do ASM) aqui ‘Olha, vocês precisam abrir o histórico do paciente para vocês terem noção onde o paciente passou, seria interessante para vocês, principalmente para vocês terem acesso ao que foi dispensado pelo paciente nas farmácias’. Mas isso no treinamento não foi falado, eu fui descobrindo, fuçando. Então assim, é legal porque você descobre um monte de coisa: se o paciente foi na consulta. Você vê tudo!” (G3 - PSF)

“Assim, os registros como a gente tá dentro de um complexo maior que é o CAIS, tudo que acontece é registrado, então acho que isso ainda tem um pouco de tecnologia de ser uma técnica mesmo, então se registra num caderno da casa, num livro de ordem que é da colônia inteira e os fatos mais principais que às vezes até extrapola da assistência psiquiátrica exclusiva do CAPS. Eles são registrados nos prontuários do CAPS para um acompanhamento dos moradores, porque ali temos uma mistura e uma interface de uma assistência psiquiátrica e ao mesmo tempo eles (moradores) estão sob a tutela da instituição, pois a gestão é do Estado, então não são livres assim.” (G4 - SMP)

Ambos tendem para a valorização dos registros para continuidade da assistência, seja na unidade de saúde, na moradia ou no prontuário institucional. Precisamos atentar para a expressão “não são livres assim”, pois traz uma conotação densa ao olhar para os moradores e por essa vertente poder trazer

¹¹ Nome modificado para preservar a identidade dos envolvidos

práticas ainda manicomiais para o dia a dia, uma vez que a linguagem e pensamentos não estão dissociados da prática assistencial.

Os trechos nos remetem ao uso de tecnologia pelos serviços, como registros em prontuário (com alto nível de informatização na atenção básica e mais simples no CAPS, mas garantindo a organização das informações e acompanhamento longitudinal do usuário), utilização de diferentes ferramentas para melhorar a qualidade do atendimento (utilização de instrumentos e fichas) e acesso ao histórico do usuário (com melhor compreensão do caso e tomada de decisões mais assertivas). Ainda assim há desafios a serem superados, como a necessidade de integração dos diferentes sistemas de informação utilizados, treinamento para os profissionais e a modernização da tecnologia utilizada no CAPS.

“(sobre as tecnologias utilizadas) . Nós - a tecnologia ‘pessoas’, o pessoal, o técnico, os vários técnicos de referência em toda a sua extensão, desde o psiquiatra até o auxiliar de saúde. O que mais entraria nessas tecnologias? O projeto terapêutico, as reuniões da própria equipe para as discussões de casos, para revisão de projeto terapêutico, as reuniões com a RAPS, que a gente considera reuniões externas. Matriciamentos, que muitas vezes surgem nessas reuniões - reuniões de matriciamento. Acho que o PTS compartilhado também está embutido nesses encontros. Eu penso que são mais essas (tecnologias) mesmo.” (G2 - CAPS)

Aqui já percebemos a valorização das tecnologias leves a partir de uma percepção de atuação do trabalho em equipe, incluindo outros atores no cuidado do sujeito e trazendo a intersectorialidade para a garantia da integralidade do cuidado, mas desconsiderou a participação do usuário nos processos.

Ao tratarmos do matriciamento, discussões de casos e outros recursos empregados no cuidado, há um reconhecimento dos profissionais quanto às suas práticas profissionais, mas interessante que não citam a elaboração do PTS como prática de cuidado.

“No meu caso, as ações que eu desenvolvo são os acolhimentos, os atendimentos individuais e de referência que entram dentro desses atendimentos psicológicos, os atendimentos em grupos na parte de transtorno mental, de tabagismo que a gente desenvolve e a assistência no serviço de residência terapêutica (coord. de RT). Essas são as ações que eu desenvolvo no meu serviço.” (P1 - CAPS)

Apesar de tratar sobre a diversidade de ações, da abordagem integral aos usuários e enfatizar o trabalho em equipe, aqui percebemos uma lista de práticas e gestão/coordenação, mas o PTS ainda é invisibilizado e as pessoas não o consideram, mencionando somente quando são estimuladas

"Na realidade a gente acompanha, mais assim, a questão de estar tomando a medicação, se tá indo fazer as terapias que eles costumam ir lá no CAPS, né. Então seria mais isso, né. Antes até tinha um acompanhamento, né. Vinha um psicólogo e então a gente tinha um pouco mais de autonomia até para ver se alguém falar "eu não estou bem, eu não estou isso, eu não tô aquilo" dizer "você não quer conversar com o psicólogo? Você não quer trocar uma ideia?" e depois, num âmbito maior, a equipe se direcionando e referenciando. No momento a gente está sem psicólogo e quando a gente vê que é necessário alguma coisa a gente pede para o médico avaliar. Então fica nesse sentido. E alguns que a gente sabe que faz acompanhamento semanal no CAIS ou quinzenal a gente procura ver se está indo, acompanhando, se está indo buscar medicação. Mas nesse sentido, né. Então se alguém tá com problema, geralmente na conversa da visita domiciliar eles mesmos, conforme a gente criou o vínculo, eles se abrem. Eles conversam, eles passam para gente, né, e nisso você vai tentando direcionar e trazer para a unidade para conversar, mas seria isso assim o trabalho nosso, né." (P4 - PSF)

Percebemos que são valorizados os principais papéis do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no cuidado ao usuário por meio de acompanhamento, orientação, busca ativa e direcionamentos, ações estas presentes e que fazem parte das atribuições dos ACS - visita domiciliar, vínculo, busca ativa assim como trazidos a utilização de alguns recursos que o Matriciamento oferece, como encaminhamentos referenciados após discussão de caso em equipe, proporcionando sensação de segurança nas ações da ACS. ; (CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, 2007).

Neste trecho, apesar de evidenciar o reconhecimento da importância do acompanhamento dos usuários através do acompanhamento da adesão ao tratamento, identificação de necessidades, visitas domiciliares para vinculação e identificação de problemas, além de encaminhamento para outros serviços quando necessário, é trazido a preocupação com a alta demanda por atendimento e necessidade de constante atualização profissional.

“Atualmente trabalho num CAPS II que atende o município...e tem uma equipe multiprofissional. O trabalho é realizado com equipe de referência, os pacientes, eles vêm por demanda espontânea ou encaminhados, a porta é aberta, sem horário de agendamento e cada dia é um técnico da equipe que acolhe o paciente. Esse técnico acaba sendo a referência desse cliente no serviço. Bom, cada referência é quem na verdade faz o projeto terapêutico singular do cliente, né, que em alguns casos, não, a literatura fala que seria o gerente de caso, que seria ele, né, é ele que leva o caso pras discussões, que vê o que o paciente precisa, que faz aí a circulação com os outros profissionais, né, em relação aos outros atendimentos que o cliente precisa.” (P6 - CAPS)

Precisamos considerar que o trecho nos mostra elementos relevantes para o cuidado ao usuário, como o funcionamento do serviço com equipe de referência (facilitando o acompanhamento longitudinal dos usuários), o acolhimento sem agendamento (elevando a acessibilidade ao serviço), a elaboração do PTS (considera as necessidades de cada usuário, ainda que não citado o modo de operacionalização deste PTS) e a figura do gerente de caso (coordenando o atendimento do usuário e promovendo a comunicação entre os demais profissionais), elementos importantes para o sucesso do serviço.

Quando tratamos de profissional de referência, a relação profissional-usuário é levada em consideração justamente pela importância desta vinculação na relação terapêutica e com o próprio serviço. Neste caso, não se utiliza desta lógica profissional de referência X equipe de referência. Quanto ao *modus operandi* deste PTS, apesar de conhecimento sobre as ações do profissional de referência, citado como "gestor de caso", não foi considerado o protagonismo do usuário neste cenário. (SAÚDE, 2004)

“A divisão de trabalho é de acordo com as atribuições impostas pelo próprio cargo. No caso, as visitas e todo o acompanhamento geral seriam pelos agentes, a parte da enfermagem seria técnicos e também eu (enfermeira), e também o atendimento médico, enfim. A gente divide pelas atribuições mesmo. Temos também, que acabei esquecendo, temos dentista e auxiliar de dentista. Estão vindo todos os dias. Ela faz atendimento todos os dias, ela também faz visita domiciliar para prevenção, gestantes, primeiro trimestre, enfim, e os pacientes com problemas que os agentes de saúde detectam.” (G3 - PSF)

Traz práticas de cuidado que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde denotando o acompanhamento integral do usuário nas instâncias pertinentes à AB. Desta forma a UBS demonstra um compromisso com a organização do trabalho e a oferta de um atendimento multidisciplinar aos usuários (divisão de trabalho por atribuições, presença de equipe multidisciplinar e realização de visitas domiciliares) com elementos importantes para a qualidade do atendimento.

Quando tratamos da **organização da assistência *in loco* e as práticas de cuidado e gestão**, percebemos que há uma discussão quanto à atuação da equipe multiprofissional no campo da saúde mental, destacando a importância do cuidado integral e intersetorial. Os gestores reconhecem a importância da articulação entre diferentes serviços de saúde e instituições para alcançar a integralidade do cuidado, no entanto, ainda há dificuldades, como falta de recursos e grande rotatividade da equipe. O matriciamento e o trabalho em rede são apontados como potenciais do processo de trabalho, mas também há desafios, como a falta de alguns profissionais estratégicos para ampliar a atenção e a articulação com a rede, fazendo com que o matriciamento, mesmo sendo uma boa experiência, fosse descontinuado.

Já ao tratarmos das **tecnologias e estratégias de cuidado**, as equipes utilizam principalmente a escuta e o acolhimento como tecnologias leves de cuidado. Eles também realizam discussões de casos para obter diferentes perspectivas da equipe buscando oferecer um melhor tratamento. Além disso, também acompanham os usuários por meio das visitas domiciliares. No entanto, a equipe tem suas limitações de recursos e estrutura, como a falta de prontuário eletrônico completo implantado em todos os serviços e até mesmo resistência de alguns profissionais ao seu uso. O acompanhamento dos usuários pela Atenção Básica é feito com o objetivo de estabelecer um vínculo e obter informações mais detalhadas sobre a saúde deles, sendo que esse vínculo estabelecido é considerado importante para garantir os cuidados adequados.

Os gestores e profissionais dos diferentes serviços que compõem a RAPS do município valorizam a importância da interdisciplinaridade, da abordagem biopsicossocial, do acompanhamento individualizado e da flexibilidade nas práticas

de cuidado. Eles reconhecem a necessidade de aprimorar a organização do trabalho, oferecer formação continuada aos profissionais, implementar ferramentas como o matriciamento e fortalecer a relação entre os diferentes serviços para garantir um cuidado integral e de qualidade para os usuários. Apesar dos desafios enfrentados, como a falta de recursos, a sobrecarga de trabalho e a burocracia, os profissionais e gestores estão comprometidos em buscar soluções para melhorar a assistência oferecida. É importante investir na qualificação dos profissionais, na organização dos serviços e na articulação intersetorial para garantir um cuidado eficaz e integrado aos usuários.

Subcategoria II.B. Das principais dificuldades e potências na prática de cuidado/assistência e gestão - Evidências das fragilidades e dos potenciais considerados pelos participantes enquanto dificultadores/ prejudiciais e/ou favorecedores/qualificadores, bem como evidências relacionadas a identificação de necessidades fora da governabilidade dos atores envolvidos, mas que refletem significativamente no trabalho realizado.

Quanto às fragilidades na assistência prestada, em muitos casos circundam os recursos envolvidos e a não governabilidade dos gestores para resolutividade, sejam por questões orçamentárias ou outras. Os gestores fazem referência a recursos humanos e repasses financeiros enquanto limitadores de algumas ações nos serviços, que utilizam do princípio da equidade e classificação de risco para priorizar a assistência prestada.

“Falta profissionais pra você ter uma atuação melhor, né. Não depende só de mim. Depende de ter mais profissionais para funcionar melhor, para que rode melhor o programa, né. Então, nesse sentido, para mim é isso que falta”. (P4 - PSF)

“Olha, hoje eu identifico a falta de um profissional que tem chamado a atenção para nós frente ao perfil dos pacientes que a gente atende. Hoje pros atendimentos dos NADS eu sinto a falta de mais um assistente social, então com isso...a demanda frente às questões sociais são grandes. Pra mim essa falta do profissional deixa a desejar algumas necessidades que esse paciente de longa permanência, no caso hoje os pacientes da tuberculose têm a pretensão de continuar com a gente, eu sinto essa necessidade”.(G1 - NAD)

“Eu acho que atualmente com a falta de agentes comunitários e áreas descobertas, não está totalmente. Para ser sincera, a gente não está conseguindo fazer o trabalho total. Não está conseguindo acolher tudo como deveria ser. A gente está bastante falho. E também essa questão de por exemplo a gente atualmente tá com médico contratado para três dias, três períodos, mas a gente não tem médico da família, que acompanha para fazer o cuidado integral. É complicado porque não está sendo feito totalmente o trabalho do PSF. A gente tá funcionando mais como PS (Pronto Socorro). Tem a agente comunitária que vai, que busca, mas não é um trabalho na sua totalidade. Isso dá uma desmotivada. Então é uma realidade, todo mundo sabe disso, já foi passado milhares de vezes (para gestão) por serem buracos que precisam ser preenchidos. Estamos aguardando soluções. A gente faz o que pode. O que tem que fazer a gente tá fazendo, mas eu sinto que o trabalho do PSF não está sendo realizado”. (G3 - PSF)

“Não tem neuro Infantil no município, essa era até uma demanda, tanto de neuro infantil, como de psiquiatra infantil...Então contratar também está difícil, são profissionais que estão muito difíceis no mercado de trabalho. A prefeitura estava até vendo para contratar um psiquiatra infantil, mas não sei em que pé está isso, porque assim, para contratar um psiquiatra adulto já deu muito trabalho há um tempo atrás, que não conseguia um profissional para trabalhar.” (G7 - UBS)

Os trechos nos trazem fatores de impacto no cuidado ao usuário, como a falta de profissionais, a principal dificuldade apontada em todos os trechos e sabemos o quanto impacta diretamente na qualidade do atendimento, pois limita o acesso dos usuários aos serviços; a dificuldade de contratação, outro problema recorrente, especialmente de profissionais mais especializados; e também a falta de recursos materiais, como equipamentos e infraestrutura, sendo um desafio para a implementação do PTS na RAPS.

Santos (2016) já apontava a situação desfavorável do município no que se refere ao quantitativo de profissionais por ser menor em relação ao estado de São Paulo e o País, principalmente profissionais de nível elementar, administrativo e profissional médico, mesmo o município possuindo índices satisfatórios na relação UBS por 10 mil habitantes, tornando o índice de defasagem de profissionais ainda mais alarmante. Percebemos a ausência de profissionais diversos, especialistas ou não, além da ausência de serviços para referenciar os usuários.

Há evidências do impacto destas dificuldades na assistência como um todo, pela impossibilidade de ampliar ou mesmo manter as ações que o serviço se propõe a realizar. Por mais que o município conte com diversos componentes da RAPS, a falta de profissionais e suas ações desarticuladas denotam o quão enfraquecida / inexistente é a política de saúde mental no município. Há uma preocupação e desejo por parte dos entrevistados para prestarem uma assistência mais qualificada, mas muitas vezes as dificuldades aqui evidenciadas levam a sentimentos negativos e de desmotivação, valorizando a articulação da RAPS enquanto único recurso possível de alcançar as (complexas) necessidades de saúde dos usuários.

Com relação a assistência em si, observamos a valorização do trabalho em equipe, apontado como uma potência importante para o sucesso do PTS possibilitando que a colaboração entre os profissionais permita um atendimento mais integral e individualizado aos usuários; compromisso com o PTS e com a qualidade do atendimento aos usuários; além do desenvolvimento da criatividade e flexibilidade, uma vez que diante das dificuldades, os profissionais buscam soluções alternativas para garantir o acesso dos usuários aos serviços.

Os trechos revelam que os profissionais estão conscientes das dificuldades e potências do PTS, porém a falta de profissionais, a dificuldade de contratação e a falta de recursos materiais são obstáculos na implementação dele.

É necessário que os gestores tomem medidas para superar as dificuldades, garantir a governabilidade das ações em saúde mental e busquem implementar políticas públicas que atendam às necessidades da população.

“Eu só queria complementar, eu sou pré-SUS, amo o SUS, depois que eu o conheci, então eu gosto muito, eu me interessei muito nas denominações que foram sendo dadas. Muita coisa eu identifico: “Eu gosto disso, eu tenho que fazer isso, não sabia que tinha esse nome” e tal. Então estou justificando que gosto bastante e, sempre que tenho oportunidade, eu leio, converso, procuro tirar dúvidas... Mas acho que era isso. Eu acredito na forma dessa clínica, nessa forma pensada aí de articulação de RAPS, acho que o caminho é esse. Acho que o mundo está tão complexo que só com essa articulação de RAPS mesmo, não acho que está boa, não, mas acho que com essa articulação que é o mesmo caminho. Hoje o PTS compartilhado é um dos dispositivos mais eficientes para a complexidade de nossa realidade”. (G2 - CAPS)

“Não, eu não vejo (o PTS na unidade). Não vejo. Assim, a gente sabe, teria que fazer, lógico, a gente sabe toda a importância, de tudo isso daí, mas não dá para fazer. Acho que foi há uns dois meses, a Ixora*, que é coordenadora da atenção básica da DRS veio aqui para conversar comigo. Eu falei assim para ela: ‘Olha, você não sabe como eu sonho com a saúde pública de verdade, sabe, funcionando como teria que funcionar, como a gente progrediria se funcionasse, se a gente conseguisse implantar realmente todas as potencialidades, a gente poderia melhorar muito o atendimento para as pessoas, muito, muito mesmo’...Da própria situação na parte psicossocial. A gente sabe que tem e está aumentando cada vez mais, só que a gente, eu não sei te falar. Por exemplo, os bairros aqui perto do posto, eu não sei te falar quais são as pessoas que necessitam, não sei te falar quais são as pessoas que fazem um tratamento, que fazem um acompanhamento, por não ter essa área restrita de uma ESF. A gente não tem agente, então a gente não conhece a população e isso é muito ruim. A gente não sabe quais são as fragilidades, a gente não sabe nada disso. Fica muito mais organizado, mais simples para a gente que trabalha (se fosse estrutura de ESF + Especialidades), menos complicado para os próprios pacientes, que já saberiam onde tem que ir e assim facilitaria, e muito, para a gente. Mas no momento eu não vejo nenhuma perspectiva de mudança para isso, infelizmente...Então, os próprios pacientes ficam assim dançando de um lugar para o outro. Eu penso de uma forma diferente, eu acho que tudo tinha que ser PSF, especialidade fica num lugar só - isso é o que funciona. Isso é o que funciona, mas Santa Rita está na contramão do Brasil, infelizmente, porque todas as cidades que a gente vê, os próprios municípios aqui vizinhos, todas as unidades já foram, migraram para ser PSF - é ESF agora, não é? E tem um centro de especialidade, é assim que funciona, porque pelo menos você tem uma referência e uma contrarreferência, não fica migrando de um lugar para o outro, passa aqui, aí vai no ortopedista num posto, não gostou, vai no ortopedista do outro posto, então fica muito complicado. É impossível hoje você conseguir manter um acompanhamento de um paciente nessa situação.” (G7 - UBS)

Podemos ver que o cuidado é realizado pela lógica de trabalho tradicional de uma UBS, desacreditando a utilização do PTS. Ainda assim, o entrevistado vê potência na ESF e Especialidades. Por se tratar de UBS, não possui a territorialização e adscrição da clientela, inviabilizando a longitudinalidade do cuidado. A lógica do cuidado a partir dos níveis de atenção à saúde (RAS) beneficiariam profissionais e usuários, mas a ausência de territorialização e adscrição da clientela, além da pouca cobertura pela AB leva a fragmentação do cuidado, não ocorrendo a longitudinalidade.

Enquanto gestores de serviços que compõem a RAPS em níveis de atenção diferentes, é importante ressaltarmos que ambos os trechos reconhecem a importância do SUS e do PTS para o cuidado em saúde mental e reconhecem dificuldades na implementação do PTS na prática e de modo eficaz, levando a fragmentação do atendimento.

Ao tratarmos das **principais dificuldades na prática de cuidado e gestão**, fica destacado a falta de profissionais, subutilização das tecnologias já presentes nos serviços, falta de acompanhamento adequado no Programa Saúde da Família, falta de compreensão dos profissionais sobre as diretrizes da saúde mental com a necessidade de educação nessa área. Além disso, foi ressaltado a necessidade de territorialização e população adscrita para melhor atendimento, além de melhorar a articulação entre os serviços e programas, investir no aumento do número de profissionais e capacitá-los para oferecer um cuidado mais completo e eficiente para a população.

Apesar das dificuldades citadas pelos entrevistados, alguns gestores consideraram encontrar potenciais interessantes por parte dos serviços e suas articulações, sendo potenciais qualificadores.

“Eu só queria complementar, eu sou pré-SUS, amo o SUS, depois que eu o conheci, então eu gosto muito, eu me interessei muito nas denominações que foram sendo dadas. Muita coisa eu identifico: ‘Eu gosto disso, eu tenho que fazer isso, não sabia que tinha esse nome’ e tal. Então estou justificando que gosto bastante e, sempre que tenho oportunidade, eu leio, converso, procuro tirar dúvidas...Eu acredito na forma desta clínica, nessa forma pensada aí de articulação de RAPS, acho que o caminho é esse. Acho que o mundo está tão complexo que só com essa articulação de RAPS mesmo, não acho que está boa, não, mas acho que com essa articulação que é o mesmo caminho. Hoje o PTS compartilhado é um dos dispositivos mais eficientes para a complexidade de nossa realidade...Eu acho que a potência é quando essa articulação é possível, ela garante esse olhar da integralidade do nosso indivíduo” (G2 - CAPS)

“Enquanto potência nos últimos tempos a gente teve que se reinventar, com a questão da pandemia e a dificuldade dos encontros e das reuniões entre os serviços. Então a questão do telefone, da internet, dos e-mails. A gente tem valorizado muito, mesmo que a distância, mas que a gente possa conversar e tentar fazer o melhor para o nosso paciente. Então, eu valorizo muito ainda a questão do diálogo e da proximidade com a rede. A potência na linha do diálogo, não que essa potência ela...eu ainda não considero como essas ações sendo potencializadas como a gente gostaria que fosse, mas essa proximidade eu valorizo.” (G1 - NAD)

“(sobre as articulações intersetoriais) Eu acho que sempre são benéficas, sempre encontro devolutivas positivas e consigo resolver os problemas com essas articulações.” (G3 - PSF)

Nestes trechos articulação da RAPS é apontada como uma das principais potências para o sucesso do PTS, permitindo um atendimento mais integral e individualizado aos usuários, além da capacidade da reinvenção do trabalho, iniciada na pandemia e podendo ser vista como uma oportunidade para ampliar o acesso ao cuidado e melhorar a qualidade dos atendimentos, e por fim as articulações intersetoriais vistas como uma forma de resolver problemas e oferecer um atendimento mais integral aos usuários. estes trechos revelam que os profissionais reconhecem as potências do PTS e estão buscando formas de implementá-lo de forma eficaz e a articulação da RAPS, a reinvenção do trabalho com o uso de ferramentas digitais e as articulações intersetoriais são exemplos de ações que podem contribuir para o sucesso do PTS.

A abertura para novos aprendizados por parte dos gestores dos serviços é indispensável para que as instituições acompanhem as novidades e consigam evoluir, proporcionando um cuidado ainda mais qualificado e completo aos usuários,

promovendo impactos positivos em toda a comunidade. Percebemos haver uma ideia de facilidade de comunicação entre os serviços da RAPS, mesmo que as ações necessárias não se efetivem e sabemos que uma das bases de operacionalização de uma rede de atenção à saúde é por meio da comunicação, que reconhecidamente está melhorada devido ao uso das tecnologias duras. Todavia, não tem sido o suficiente para efetivação do cuidado em sua integralidade, uma vez que inexistente uma política pública que favoreça a constituição da RAPS de fato. Uma das formas mais eficazes de garantir a integralidade do cuidado é por meio da intersetorialidade, tão valorizada por esses gestores, porém não há política formalizada para a articulação em rede, então percebemos algumas contradições: a. há comunicação, mas as ações de cuidado não se efetivam; b. há comunicação, mas alguns serviços têm resistência em realizar devolutivas (citadas como dificuldades/fragilidades).

Retomando a lógica da integralidade, que surgiu como princípio do SUS e desde então vem evoluindo, acreditamos ser importante considerarmos os últimos desdobramentos, especialmente no que se diz respeito às articulações estabelecidas para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, que preza pela efetivação da integralidade como princípio. Kalichman e Ayres (2016) nos trazem a contextualização que apesar da atualização sucessiva das propostas de efetivação de um cuidado humanizado, integral e baseado em evidências científicas, a dimensão do cuidado profissional pouco se moveu nestes sentidos, o que não difere muito das evidências encontradas neste trabalho.

Podemos citar, enquanto **potências da gestão**, que foram evidenciados a importância da comunicação e proximidade, especialmente durante a pandemia, valorizando o diálogo e a rede de apoio, crendo na importância da articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para lidar com a complexidade das necessidades de saúde encontradas.

De modo geral, ao abordarmos a **organização dos serviços e possíveis influenciadores na utilização do PTS na RAPS** percebemos que, destaca-se a importância do trabalho em equipe e das discussões de casos para um cuidado abrangente. A falta de profissionais e recursos, além da falta de articulação entre os serviços e a dificuldade de obtenção de devolutiva por alguns serviços são

fragilidades amplamente encontradas nos serviços municipais. Percebemos também que há evidências de incompreensão sobre saúde mental e falta educação/formação nessa área para os profissionais da rede. O fortalecimento da Atenção Básica e maiores ações por parte dos agentes comunitários de Saúde são valorizados e elevados a potenciadores da articulação da RAPS para lidar com a complexidade da realidade atual, destacando-se também a importância das articulações intersetoriais para uma abordagem integral.

Categoria III - relacionados a *Articulação da RAPS e Estratégias de Cuidado Integral e Intersetorial:*

Refere-se às evidências de como essa rede tem se constituído, pela ótica dos atores envolvidos e sua racionalidade de operacionalização, ressaltando quais os componentes envolvidos, as diretrizes seguidas e se tem cumprido com os objetivos da RAPS.

Subcategoria III.A. Do micro ao macro: a interprofissionalidade, a relação entre os pontos da RAPS (produção da RAPS) e a construção da Intersetorialidade (a lógica e suas contradições) no cuidado em Saúde Mental - trata-se de evidências quanto a dialética entre Núcleo de saber e Campo de acordo com Gastão (2000), como tem se construído a relação entre os pontos da RAPS com suas estratégias de ação/operacionalização e como a intersetorialidade tem se constituído, pela ótica dos atores envolvidos e sua racionalidade (a articulação entre os serviços da RAPS e quais os componentes envolvidos, se segue as diretrizes, se/como foi operacionalizada, se está cumprindo com os objetivos da RAPS).

Campos (2000) nos traz um olhar sobre a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas, que se daria mediante a conformação de núcleos e de campos: o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas .

Neste sentido, tivemos discursos que nos apontaram uma lógica de trabalho voltado para práticas nucleares e de campo, principalmente quando tratamos dos serviços estratégicos de atenção à saúde mental, independente dos entrevistados serem gestores ou profissionais.

“Existe a divisão (de trabalho) que eu chamo de nuclear, em relação a uma abordagem específica, ou seja, quem precisa de uma abordagem da psicologia, ou as abordagens do serviço social, aí eles cada um compõe o seu núcleo, é ativo no seu núcleo. Mas, na verdade, todo mundo participa de tudo dentro do possível, não existe uma divisão - eu faço só isso e eu faço só aquilo. É, a gente vai fazendo conforme a necessidade. É padrão que, vamos dizer assim, o serviço social vá fazer busca ativa, ou vá fazer uma visita domiciliar. Isso não significa que a psicologia também não possa fazer, ou junto, ou apenas a psicologia. O que eu sempre procurei fazer é não engessar. Então, a gente sabe que esse é o papel do serviço social, mas isso não significa que o psicólogo também não possa fazer uma visita, que não possa fazer uma busca ativa...Mas assim, como a equipe é muito pequena e o nosso contexto é muito estreito, no sentido de mobilidade, a gente não tem muito como ampliar as nossas ações, então a gente não tem... o serviço social é o serviço social e a psicologia é a psicologia, mas o que eu quero deixar claro é assim que eu não engesso. Então, se um precisar fazer um serviço do outro, desde que não seja algo muito específico, faz. Então o serviço social também faz acolhimento, também dá escutas. Assim como os psicólogos podem ir numa visita, ou podem fazer uma busca ativa.” (G5 - ASM)

“A divisão, as ações dos profissionais são divididas em ações nucleares, em ações como técnicos de referência, que cada um dos técnicos de nível universitário são também técnicos de referência, e são ações de assistência propriamente ditas, quando eles realizam grupos, atendimentos voltados para o terapêutico.” (G2 - CAPS)

“Embora a gente não utilize esse termo PTS, quando o paciente chega, fazemos um acolhimento, como se fosse um PTS. Nesse sentido, quando o paciente chega, a gente acolhe, faz o cadastro, e tenta definir qual a melhor linha para ele. A gente oferece poucos serviços para ele: psiquiatra, psicologia e tem alguns que faziam psicoterapia e para outros era dado um retorno ou fazia sessões breves. Tem uma assistente social, que nos ajuda muito e inclusive é quem faz a maior parte dos acolhimentos. Quando não tinha covid ela fazia visitas. Também tem a *Acácia que é nossa psicopedagoga e quando a gente vê que é um caso que seria melhor uma coisa mais completa ou mais prática vai para ela. Na verdade até que tem mais recursos do que eu tinha em mente!” (P7 - UBS)

O Núcleo é tratado como a categoria profissional e o gestor aponta a lógica do trabalho a partir da intersecção núcleo e campo, onde as demandas do campo são

norteadoras de como os núcleos irão se organizar e a articulação núcleo e campo acaba sendo limitada/determinada pelas condições de infraestrutura do serviço, que é restrito e inadequado.

Ao ampliarmos o olhar para a divisão de tarefas observa-se uma flexibilidade entre os profissionais do ASM, enquanto no CAPS parece haver uma divisão mais rígida, podendo essa diferença ser explicada pelas características de cada serviço e pelas necessidades dos usuários. Já quanto ao PTS, apesar de os profissionais da UBS realizarem um acolhimento e definirem a melhor linha de cuidado para cada usuário, não há menção à construção de um PTS, podendo ser um problema, pois o PTS é um instrumento fundamental para o cuidado integral em saúde mental, além da intersectorialidade parecer incipiente por não ser explicitamente mencionada nos trechos. Isso pode indicar que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a RAPS se torne de fato um sistema intersectorial.

Aparentemente as práticas de trabalho se modificam mediante as necessidades do serviço e as apresentadas pelos usuários, sendo também um modelo de atenção à saúde. Os entrevistados que compõem equipes dos serviços estratégicos foram os que trouxeram discursos de núcleo e campo, enquanto somente um entrevistado da atenção básica trouxe uma lógica da multiprofissionalidade enquanto meio para o cuidado ampliado.

A análise da dialética entre núcleo de saber e campo na RAPS revela que há uma tensão entre a flexibilidade e a rigidez na divisão de tarefas, entre a presença e a ausência de um PTS e entre a intersectorialidade desejada e a realidade dos serviços. É necessário que os gestores e profissionais da RAPS busquem soluções para superar essas tensões e garantir um atendimento de qualidade aos usuários.

“Pra mim ele (problema de saúde) se envolve de várias coisas, vários fatores e toda multicausalidade tem que ser tratada de forma multidisciplinar e interdisciplinar porque um profissional não dá conta. Já está introjetado em mim, não é uma coisa só da enfermeira, ou só do médico, ou só da fono, ou só da nutricionista... ou só daquela especificidade ou daquela especialidade médica por exemplo. A maioria dos pacientes que passam por lá, nunca passam só por um profissional. Eu acho que é dessa forma que a gente trata o PTS.”
(G6 - UBS)

A fala da profissional demonstra uma compreensão inicial da multidisciplinaridade e sua importância para o tratamento de problemas de saúde multicausais, no entanto, há espaço para o aprofundamento da compreensão da interdisciplinaridade e de como ela pode contribuir para o sucesso do PTS, uma vez que, de certa forma, a multidisciplinaridade (atuação conjunta de diferentes profissionais de áreas distintas, cada um com seu saber específico, para o cuidado de um usuário) e a interdisciplinaridade (para além da multidisciplinaridade, por buscar a integração dos diferentes saberes e a construção de um conhecimento novo e único para cada caso) são evidenciados no trecho: quando o participante demonstra a compreensão da multidisciplinaridade como essencial para o tratamento de problemas de saúde multicausais e não apresenta uma clara compreensão da interdisciplinaridade.

É possível observarmos que há o reconhecimento da necessidade de um trabalho em equipe e a importância do PTS, relacionando-o com o trabalho multidisciplinar, uma forma também de valorizar a contribuição de cada profissional e a visão holística do usuário. Podemos considerar, neste caso, a compreensão da importância do PTS para o cuidado integral e o reconhecimento da multidisciplinaridade como ferramenta para a construção desse PTS. A interdisciplinaridade pode ser um caminho para o sucesso do PTS.

Conforme portarias do Ministério da Saúde, as equipes técnicas de serviços estratégicos de saúde mental são multiprofissionais, importantes em relação à lógica manicomial de atuação profissional especializada e isolada. Embora sejam expressões semelhantes, há diferenças entre os termos multidisciplinar e multiprofissional, afirmando que *o primeiro está relacionado com diferentes campos de conhecimentos ou áreas de estudos, e o segundo faz referência ao campo de práticas*, sendo que ambos mantêm uma relação de interdependência. Para superar os obstáculos que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma integral e com qualidade muito tem se discutido sobre a educação interprofissional, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma troca entre duas ou mais profissões que aprendem sobre os outros com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde. (ARAÚJO *et al.*, 2010)

O trabalho interprofissional em saúde é dinâmico e consiste no desenvolvimento de uma prática convergente entre os trabalhadores de diferentes áreas e funções, visando responder às necessidades em saúde de uma pessoa ou uma comunidade. Contempla, portanto, aspectos relacionais, processuais e territoriais do trabalho que envolvem diversos conceitos, como cooperação, práticas colaborativas e trabalho em equipe, sendo este último permeado por dimensões afetivas e ocorrendo com intensa interdependência de suas ações uma vez que o coletivo de trabalhadores compartilha uma identidade de equipe.(OLIVEIRA, G. M.; DALTRO, 2020)

Ao tratarmos da **Interprofissionalidade no cuidado em saúde mental**, embora haja uma divisão de trabalho em termos de algumas abordagem específica, como evidenciados nas categorias da psicologia e do serviço social, as equipes participam de todas as atividades dentro do possível, conforme as necessidades evidenciadas no momento, não havendo uma divisão estrita de tarefas. Os atendimentos são personalizados de acordo com as necessidades de cada paciente e o trabalho da equipe se inicia com o acolhimento e, conforme necessidades, são feitos encaminhamentos e outras ações.

Diferente do que foi relatado pelos gestores como facilitador, a falha na comunicação é apontada por alguns entrevistados como dificultadora dos processos de trabalho na RAPS, apostando na melhora da comunicação entre seus pontos de atenção como fator de facilitação da funcionalidade do uso do PTS pelos serviços.

“Eu não vejo que ocorra uma comunicação entre os setores envolvidos. Eu vejo que ocorre uma falha grande de comunicação. E às vezes essa falha na comunicação não é nem devido aqueles setores em si, às vezes aquilo é nas coisas maiores lá de cima, às vezes nessas questões até mais burocráticas ou políticas até, mas eu observo que a dificuldade é a falha na comunicação. E eu diria até que essa falha contribui para emperrar processos de trabalho, para emperrar processos do próprio tratamento em si do paciente...Então, o item que às vezes causa um estranhamento, um certo espanto é como assim os serviços não se conversam, o quanto as coisas são isoladas e o quanto a RAPS é isolada, parece que um não sabe o que o outro faz e quando sabe, sabe uma coisa muito pequena, e aquele é um serviço que faz coisas grandes, então o que falta é isso, uma certa questão de os serviços se integrarem mais, estarem mais cientes do que um faz ou o que o outro faz, isso falta. Agora, como pode ser isso pouco citado? Não faço ideia, mas se houvesse isso, eu acredito que o PTS, a questão da RAPS ia ter um funcionamento um pouco mais saudável e essa é uma coisa que, às vezes me passa uma coisa meio esquizóide, sabe, cindida, dividida, fragmentada.” (P10 - CAPS)

“Quanto às Unidades Básicas de Saúde, pouco conseguem participar destes momentos de discussão. Depende de profissional e deveria depender do serviço! O serviço é quem deveria estabelecer e não o profissional. O profissional é ali, uma pessoa contratada e inclusive pode ir embora a qualquer momento, se demitir, aposentar!” (P7 - ASM)

Percebemos que não há envolvimento de parte da atenção básica (UBSs) nas discussões da RAPS e os profissionais são os que acabam direcionando e protagonizando o cuidado, profissionais estes que podem não se fixar nos serviços, trechos estes que revelam o quanto a a comunicação e a integração são aspectos críticos para o sucesso da RAPS.

Desta forma, torna-se evidente a falha na comunicação (apontada como um dos principais problemas da RAPS e inviabilizando o fluxo de informações entre os serviços) , a falta de integração entre os serviços como um outro problema importante (por levar a uma fragmentação do atendimento e dificuldade na construção de um plano terapêutico que responda às necessidades dos usuários) e a falta de integração devido a participação limitada das UBS nas discussões da RAPS (um problema que precisa ser solucionado devido às UBS serem a porta de entrada do sistema de saúde, devendo ter um papel ativo na RAPS). Uma proposta de intervenção a fim de contrapor esses desafios seria a integração dos serviços,

maior conhecimento mútuo entre estes serviços e o serviço (não o profissional) ser o responsável pela participação na RAPS.

“Assim, em relação ao nosso nó, vamos dizer assim, no momento, é a saúde mental na atenção básica. A gente tem feito muitas ações até na tentativa de colocar algumas pessoas na atenção básica dando uma retaguarda, que assim a gente até chama de matriciamento, mas nem é bem um matriciamento. É só uma tentativa de já começar a mudar um pouco a cultura da atenção básica, para que eles comecem a olhar essas pessoas de uma forma mais acolhedora e que elas não precisam estar na especialidade. Eu entendo que é uma das diretrizes que a gente tem e que a gente tenta fazer; às vezes, é possível, às vezes, não, dependendo da unidade em que a gente vai trabalhar, que vai tentar fazer isso...Eu acho que precisa de um (serviço) intermediário mas não nesse modelo, eu acho que precisa de um intermediário. Entre o CAPS e a atenção básica existe uma clientela que não é de nenhum deles, mas eu não acho que tenha que ser nesse modelo (ambulatorial). Mas também nem me pergunte qual modelo, não. Eu não parei ainda para pensar nisso, tem umas propostas na nova legislação aí que eu andei lendo, mas eu não consegui entender muito bem a proposta, não, e nem consegui chegar a uma conclusão se eu concordo ou não, sabe, que são ambulatoriais aí que recebem até um valor de custeio e tal, mas enfim é isso.” (G5 - ASM)

O trecho apresenta um panorama da situação da atenção saúde mental e da RAPS, com suas potencialidades e desafios, reconhecendo a importância da atenção básica como porta de entrada para a RAPS e a necessidade de fortalecer este nível de atenção, sendo o matriciamento visto como uma estratégia para mudança de cultura na atenção básica (mas enfrenta desafios na sua implementação). É necessário que os gestores e profissionais da RAPS trabalhem em conjunto para fortalecer a atenção básica, implementar o matriciamento de forma eficaz e definir um modelo de serviço que atenda às necessidades dos usuários de fato. Apesar dos componentes da RAPS existirem no município, não compreendem as reais necessidades e complexidades de cuidado de toda clientela e muitos usuários frequentam os serviços por necessidades que não serão ali atendidas.

O **matriciamento** em saúde mental surgiu como uma importante estratégia para fazer valer a articulação entre serviços especializados e os demais, de modo a garantir um cuidado ampliado à saúde, por meio da interação dialógica entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde. Segundo o Ministério da

Saúde, o matriciamento consiste em *um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico-pedagógico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, firmando-se assim, como recurso de construção de novas práticas em saúde mental no território onde as pessoas vivem e circulam, pela sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes da Atenção Básica e equipes de saúde mental*. Neste caso, o matriciamento pode ser utilizado para levar a um movimento de sensibilização dos serviços de Atenção Básica, como articular os pontos da RAPS e estimular o cuidado no território, uma vez que referencia a delicadeza de atender pessoas em situação de sofrimento mental na atenção básica. (IGLESIAS; AVELLAR, 2019)

Os participantes trazem alguns contextos interessantes no que tange a **construção da intersectorialidade**, por valorizarem as articulações em rede, mesmo que não haja práticas consolidadas. Também há evidências da falta de contrapartida por parte de alguns serviços, como podemos perceber pelas evidências a seguir.

“(da articulação em rede) “Muito com o CRAS, demais. Porque sempre tem problemas, muito com o ambulatório de saúde mental atualmente, o CREAS também e o Conselho Tutelar. Ah, é muito difícil. Reuniões (com a rede) são muito pontuais, devido caso a caso, casos específicos. Mas assim (o contato) é mais por via telefone mesmo, de quando surgem casos e a gente acaba discutindo”. (G3 - PSF)

“Ah, eu não consigo ver que, de fato, o paciente é de todo mundo, que ele está na rede. Eu vejo que sempre tem aquele que tem que ficar puxando e muitas vezes, assim, eu acho que aquela questão do encaminhamento que foi tão criticado, encaminha pra lá, encaminha pra cá, eu acho que ainda existe. Eu acho meio duro, eu não acho que é uma coisa que acontece assim, naturalmente. Eu acho, de novo, né, tem casos que eles começam a pipocar aí todo mundo se preocupa, né, se preocupa de uma forma mais assim, porque está dando uma visibilidade negativa, porque está dando problema, porque as pessoas estão, é... documento pra lá, documento pra cá. Aí todo mundo se envolve, né. Normalmente, para cada um falar que é do outro, não para resolver a situação”. (P6 - CAPS)

Os trechos revelam que a articulação em rede na RAPS ainda está em desenvolvimento e enfrenta diversos desafios uma vez que articulação entre os serviços da RAPS ainda é pontual e casuística (não se configurando como uma rede integrada e coesa), o profissionais reconhecem a dificuldade de ter uma visão

integral do usuário na rede (prejudicando o cuidado individualizado, há uma falta de proatividade na resolução dos problemas (com a mobilização dos serviços acontecendo apenas em casos de visibilidade negativa) a sendo a burocracia e os documentos ainda obstáculos para a fluidez do cuidado na rede. É necessário que os gestores e profissionais da RAPS trabalhem em conjunto para superar esses desafios e construir uma rede verdadeiramente integrada e focada no cuidado integral dos usuários.

Essas evidências e outras similares nos mostram que não há uma fácil circulação do usuário pela RAPS em decorrência da ausência de formalização da articulação entre os serviços. As ações são fragmentadas e os usuários com necessidades de saúde mais complexas (que deveriam ter a construção do PTS), por vezes não têm suas necessidades alcançadas. Desta forma a articulação deixa de ser em prol do cuidado ao usuário e deixa de garantir um itinerário terapêutico claro e com os suportes necessários, havendo uma unilateralidade do processo de intersectorialidade com o não envolvimento do outro serviço na elaboração do PTS. Torna-se um movimento de reconhecimento das ações conjuntas e a necessidade de compor com a rede, mas não possui lógica inclusiva na construção do cuidado.

A intersectorialidade, em outro estudo de campo, também é citada enquanto ações de cuidado, mas corrobora com a pesquisa ao elucidar que num dado momento não contemplou a totalidade do conceito. As ações são, em sua maioria, planejadas por um único setor, visando serem aplicadas em outro. Trabalhar com esses conceitos impele os profissionais da saúde a vencer suas incertezas e medos, lançando novos olhares a velhos desafios. (PINTO *et al.*, 2012).

Quando pensamos no modo como as articulações em rede tem se constituído, pela ótica dos atores envolvidos e sua racionalidade de operacionalização temos Machado (2010) trazendo elementos quanto a construção desta intersectorialidade de modo a envolver a *“criação de espaços comunicativos e de negociações, que inclusive consigam gerenciar conflitos para que finalmente, se possa chegar com maior potência, a algum resultado”*, o que evidenciamos não estar acontecendo na RAPS do município.

“O serviço de residência, o que ele utiliza mais na RAPS, eu acho que são os serviços de saúde, porque a assistência de saúde dos moradores ela é feita na rede, a maioria na rede pública...Então eles entram na rede de atendimento médico do SUS e aí nós somos conhecidos e tem essa assistência do SUS. Também a parte de documentação ou alguma outra coisa que precisa, o profissional de serviço social encaminha e aí também é bem menos que utiliza, e a gente tem alguns moradores principalmente da cidade que frequentam o Grupo da Terceira Idade que é da prefeitura, como uma vida de cidadão mesmo. Então eu acho que é uma coisa bem interessante também, eles frequentam a terceira idade...com a pandemia ficou todo mundo meio trancado dentro de casa, mas antes eles podiam frequentar isso. Mas a gente não tem tanta vinculação com a RAPS, porque não temos muitas necessidades, temos um outro tipo de vida. Tenho que ressaltar que os nossos moradores hoje são, a maioria, estão numa faixa etária mais velha, como eles são muito antigos de internação, tem gente com 30, 40 anos de internação, temos uma população entre 60 e 80 anos bem grande, que aí tem um tratamento clínico no SUS na rede de atenção básica à saúde ou na especialidade, se for preciso ele é encaminhado e faz o tratamento. Algumas moradoras da cidade frequentavam o grupo da terceira idade antes da pandemia. Agora está todo mundo parado, a gente ainda não liberou as atividades externas para eles ainda.” (G4 - SMP)

Moradores, em sua maioria idosos e com diversos comprometimentos clínicos, utilizam em sua maioria os serviços de saúde da RAPS, favorecendo assim a integralidade macro ao estarem inseridos na rede. no entanto as ações de reabilitação psicossocial, quanto a participação em eventos sociais, ocorre ainda muito timidamente. Inclusive os residentes no território do município são beneficiados destas ações pela facilidade de acesso, seja pela proximidade, pelo menor comprometimento físico destes ou menores recursos para mobilização envolvidos.

Podemos considerar que o SMP busca garantir o acesso à saúde e incentivar a participação social dos seus moradores, contribuindo para a vida social e a sensação de pertencimento à comunidade, adaptando-se às suas necessidades específicas. A pandemia representou um desafio para o serviço, para a manutenção das atividades externas e da vida social dos moradores, mas a busca por soluções e alternativas demonstra o compromisso com o bem-estar dos usuários-moradores.

O trecho denota a prática informal de articulação com outros serviços e a ausência de formalização, ainda assim com ‘case de sucesso’ por meio de acompanhamento integral da RAPS (com a mobilização de todos os níveis da rede,

reuniões frequentes para discutir o caso e a solução de problemas complexos através da articulação intersetorial) e atualmente a consequente redução da frequência de atendimento. Podemos considerar diversos aspectos positivos dessa estratégia de trabalho, uma vez que há o reconhecimento da importância da articulação intersetorial, tendo experiência exitosa e proatividade dos profissionais em buscar soluções.

Precisamos considerar que, apesar dos esforços, é necessário formalizar a articulação intersetorial com a implementação de um plano escrito e sistematizado e conjunto, garantindo assim, que a articulação seja uma prática regular e não apenas pontual e pessoal. Há um genuíno interesse em atender as necessidades de saúde dos usuários/famílias e potencial da articulação intersetorial na RAPS para o cuidado integral, com necessidade de ajustes para que essa prática garanta sua efetividade e alcance.

“Assim, a gente tentou formalizar uma RAPS, isso mais ou menos quando eu entrei - 2014, 2015. A gente tentou realmente fazer uma RAPS, fazer uma reunião, fizemos encontros com Departamento de Saúde, Departamento Escolar - a Educação, no caso, mas assim, a coisa pára por um tempo, as pessoas parece que perdem um pouco o interesse. Não sei o que acontece, ou não tem tempo, mesmo, o profissional não tem como chegar. Eu não sei, mas não foi pra frente, não! Uma RAPS assim mesmo, bem formalizada. A gente fazia muita reunião, depois diminuiu, mas a gente fazia muita reunião. Era no mínimo uma vez no mês com vários serviços. E quem era ‘o cabeça’ era o Conselho Tutelar, depois acharam por bem terminar e eu não sei muito bem os motivos. Pra falar a verdade era uma pequena RAPS, uma RAPSzinha. Não era RAPS mesmo, mas a gente fazia alguma coisa, porque conversava, discutia caso, mas uma RAPS não é só discutir caso, por isso eu falo que não era bem uma RAPS. Basicamente só discutia caso e RAPS é discutir fluxo e conduta, isso não acontecia. Nunca tivemos isso de fato. Já discutimos isso muitas vezes, mas nunca dentro de um modelo, mesmo. Era uma coisa, mais assim, informal e portanto mutável. Às vezes as pessoas entendiam, às vezes não, enfim! Então não dá pra considerar. Então, infelizmente, no município isso não ocorreu. Talvez algum dia isso mude!” (P7 - ASM)

O trecho nos traz a perspectiva do interesse genuíno na formalização da RAPS, com iniciativa tímida há quase 10 anos, mas com desafios e obstáculos que fizeram com que ocorresse a perda de interesse, não priorização do processo e

consequente limitação da iniciativa (por não possuir um modelo formalizado para a RAPS, não ocorrer discussão sobre fluxos e condutas e ainda contar com a natureza informal e mutável da iniciativa).

Positivamente podemos considerar que o serviço reconhece a importância da formalização da RAPS e apresenta a iniciativa de reunir diferentes serviços para discutir casos, demonstrando disposição para discutir a RAPS e buscar soluções, com vistas a esperança de mudança no futuro, necessitando para tanto a capacitação dos profissionais para o trabalho em rede.

Há entendimento da importância do trabalho articulado, mas apesar das tentativas de operacionalização da implantação da RAPS e intersetorialização do cuidado, não progrediu, mesmo com o envolvimento de diversos componentes na tentativa de articulação da RAPS. O trecho demonstra a necessidade de um esforço conjunto para formalizar e fortalecer a RAPS no município.

Através da superação dos desafios e da implementação de um modelo formalizado, a RAPS poderá alcançar todo o seu potencial na promoção do cuidado integral aos usuários.

“Olha, a gente articula, na verdade, a gente não tem uma RAPS constituída assim formalmente, Érica. A gente articula muito com todos os serviços, O CRAS, o CREAS, a Santa Casa, quando possível e necessário, vocês, no CAPS, o serviço social, alguns serviços às vezes da escola, ou alguns serviços que não são específicos assim da prefeitura, mas que possam nos apoiar, por exemplo, o futebol nota dez, esses recursos que o município tem. Às vezes, o pessoal do Depto esporte, que pode nos auxiliar abrindo algumas portas aí para alguns pacientes...A gente já fez, mas agora faz um tempo que a gente não tem essa ação com o Paula Souza, que é a ETEC, eles têm uma horta lá, então algumas vezes a gente colocou um ou dois pacientes uma época lá - eles gostavam de mexer com terra - aí a gente fez essa articulação. É assim que a gente vai, de um jeito bem, eu diria, informal, no meu olhar. E, de acordo com o que a gente consegue conversar, o que a gente consegue articular, o Colégio das Madres, eles são parceiros nossos, para atenção a algumas crianças. Foi sempre muito bom, essas parcerias sempre foram muito boas, mas de dois anos para cá, eu vou dizer para você que a gente não fez praticamente nada. Mas é isso. Mas a gente não tem uma RAPS de fato constituída como deveria ser...A gente aciona muito, a gente troca muito, a gente trabalha muito com o CRAS e com o CREAS, porque é difícil desvincular o social e às vezes tem situações que extrapolam a nossa possibilidade, então a gente usa, ou vai trabalhando junto. E acho que é isso. É mais isso. São os mais frequentes. O que a gente usa mais assim, eu diria, no cotidiano. Os outros são mais esporádicos. E vocês, e o CAPS.” (G5 - ASM)

A articulação intersetorial é construída a partir das necessidades e possibilidades, envolvendo o SUS, SUAS e o setor de Esportes. Apesar da não estruturação da RAPS, o participante valoriza as articulações intersetoriais com a rede de modo geral, com destaque para os serviços de suporte social.

Não poderíamos deixar de destacar a articulação informal, por meio da ausência de uma RAPS formalmente constituída e manutenção da prática de articulação informal com diversos serviços, com frequência de parcerias maior com serviços SUAS e mais esporádicas com outros.

Podemos considerar que o reconhecimento da importância da articulação entre os serviços as experiências positivas com parcerias informais e a proatividade na busca por apoio e recursos para os usuários como pontos Positivos e fundamentais, porém insuficientes quando ampliamos o olhar para a necessidade de formalizar a RAPS (para garantir sua efetividade e alcance), de modo que ocorra a implementação de um modelo formalizado que inclua planejamento, avaliação e

monitoramento das ações, bem como a capacitação dos profissionais para o trabalho em rede.

O trecho demonstra que há potencial da articulação entre os serviços para o cuidado integral dos usuários, mesmo na ausência de uma RAPS formalmente constituída, contudo a formalização da rede é essencial para garantir a sustentabilidade e o aprimoramento das ações de articulação.

“Bom, aqui, basicamente é assim, na verdade, é uma unidade básica de saúde, a parte da saúde mental fica, aqui no caso em Santa Rita, é específico lá na saúde mental, que é lá no centro de saúde. Então os postos de saúde, as unidades básicas não fazem esse tipo de atendimento. Então o que acontece, quando a gente vê a necessidade, ou alguém passa por consulta, precisa de atendimento com psicólogo, psiquiatra, é encaminhado diretamente lá para saúde mental. Então, em todas as unidades, na verdade, não tem um atendimento, a gente só faz essa ponte. Ou então, quando a gente percebe a necessidade de alguém, a gente liga, ou às vezes para o CRAS ou para o pessoal do PSF, se for da área do PSF, para dar um suporte...(Sobre serviços da RAPS que se correlaciona) Aqui, na verdade, só com a saúde mental. Só com o pessoal lá da saúde mental mesmo, porque assim, aqui no município está muito mal organizada essa parte. Na verdade, assim não tem nem organização, essa é a verdade.” (G7 - UBS)

Apesar da UBS ser um dos componentes da RAPS (no caso na Atenção Básica), o gestor acredita que o serviço não tem ações para além do encaminhamento para especialidade ou acionamento de outros serviços. Há um contato somente com a atenção especializada.

É notório e claro a falta de integração na RAPS com a ausência de atendimento em saúde mental nas UBS, na comunicação informal e na inexistência de uma RAPS organizada. Apesar de considerarmos fundamental a implementação de um modelo de atenção em saúde mental nas UBS, com a capacitação dos profissionais das UBS para o atendimento em saúde mental e a devida formalização e organização da RAPS no município, não podemos desconsiderar que o trecho denota positivamente o reconhecimento da necessidade de atendimento em saúde mental nas UBS e a identificação da necessidade de organização da RAPS para que os usuários do município tenham acesso a um cuidado integral e de qualidade.

“Se a gente precisa de um caso que seja mais urgente, que a gente vê a necessidade, a gente já liga e conversa diretamente lá (Ambulatório de Saúde Mental). Assim, a gente tem um bom relacionamento com todo mundo, então geralmente a gente precisa de alguma coisa que é mais urgente, que não dá para esperar, a gente liga lá para já dar uma acelerada no atendimento, no processo. Aí assim, dependendo do caso, às vezes se for uma criança, que lá eles não atendem criança. Se for uma criança que precisa de atendimento, aí a gente já pede uma ajuda para APAE, porque lá tem uma avaliação mais completa, dependendo do caso, e isso ultimamente está aparecendo muito para a gente, sabe, crianças que precisam de uma avaliação multidisciplinar. Quando precisa dessa avaliação multidisciplinar, a gente já encaminha diretamente para a APAE. Então esse é um acerto que já tem, então eles atendem sem problema nenhum, porque aí você precisa de um atendimento de um segmento, já fica inserido lá mesmo. Principalmente nesses casos de autismo, alguma outra síndrome que precisa dessa equipe multidisciplinar, dessa avaliação multidisciplinar, eles fazem esse trabalho para a gente. G7-UBS: Aparece muito, a gente percebe mais nas consultas de pediatria esse tipo de avaliação... A potência (das articulações intersetoriais), porque o que a gente considera importante é o bom relacionamento que a gente tem. Então assim, a gente precisa de alguma coisa, de uma consulta mais urgente, que não tem aqui, por exemplo, a gente liga: “*Amarilis, preciso disso, disso e disso, tem como você me ajudar, tem como você marcar”? Então, como é uma cidade pequena, a gente consegue esse tipo de contato, agilizar de determinadas maneiras, porque também se não fosse isso, se fosse assim só por conta do agendamento mesmo, ia ficar muito difícil. Então é a mesma coisa, às vezes elas ligam aqui: “eu preciso de uma avaliação urgente com o cardiologista, porque está acontecendo isso e isso, a pessoa teve um infarto”, aí a gente tem que dar um jeito. Então a gente trabalha mais na forma do bom relacionamento mesmo, porque se não fosse isso, aí seria impossível mesmo de funcionar.” (G7 - UBS)

Desta vez o trecho nos traz evidências de uma articulação informal mais eficaz ao abordar o bom relacionamento com o Ambulatório de Saúde Mental, encaminhamento e inserção na APAE em casos de crianças e resolução de demandas pontuais através do contato direto com outros gestores, denotando os benefícios do bom relacionamento (agilidade no atendimento aos usuários e resolução de problemas complexos). Oportunamente precisamos considerar as limitações da informalidade, por depender do bom relacionamento entre profissionais, ausência de um modelo formalizado de articulação e a dificuldade em garantir a sustentabilidade da rede a longo prazo, trazendo riscos como a fragilização da rede em caso de mudanças na equipe, bem como a falta de planejamento e avaliação das ações.

Percebemos que de certo modo as articulações se dão por meio das relações pessoais e tais relações interpessoais é que têm norteado a regulação dos usuários pela rede de saúde no município e ao analisarmos o trecho observamos que ele demonstra o potencial da articulação intersetorial para o cuidado integral ao reconhecer a importância da articulação intersetorial, mesmo na ausência de um modelo formalizado, apresentando a eficácia da articulação em casos específicos uma vez que os profissionais e o gestor são proativos na busca por soluções para as necessidades dos usuários. No entanto, a formalização da rede é essencial para garantir a sustentabilidade e o aprimoramento das ações de articulação, além de reduzir a dependência do bom relacionamento entre os profissionais.

Uma dificuldade nesta **operacionalização da intersetorialidade** é exatamente a articulação de diferentes redes que operam diferentes políticas públicas, como o SUAS e a Educação, por exemplo. As necessidades de saúde dos usuários da RAPS demandam o envolvimento de diferentes equipamentos intersetoriais na elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em conformidade com as suas especificidades de ação. Porém, tais equipamentos não são familiarizados com esta tecnologia de cuidado, muitas vezes não se percebem com papéis ativos e importantes na composição deste cuidado integral, além de fluxos de comunicação por vezes muito burocráticos, dificultando o planejamento e execução do PTS.

No caso da RAPS estudada, observou-se como estratégia de viabilizar a intersetorialidade, os vínculos pessoais das equipes, isto é, profissionais de diferentes políticas ou serviços, que se conhecem, lançam mão desta proximidade de vínculo, no sentido de terem maior efetividade na produção do cuidado articulado. Esta dimensão relacional que poderia ser benéfica, pois humaniza as relações, sendo a única ou mais importante estratégia, acaba por fragilizar a construção da RAPS, porque não se consegue minimamente institucionalizar processos e fluxos.

Enquanto potência, consideramos que é possível melhorar a qualidade de vida dos usuários, promovendo o cuidado e a autonomia por meio da colaboração entre os serviços. A articulação com a saúde mental parece estar mais organizada, mas em outros casos é necessário fazer pontes entre os serviços de acordo com a necessidade dos usuários. O bom relacionamento entre os profissionais é

importante, mas tem sido utilizado para favorecer o acesso de determinados usuários aos serviços, denotando claramente que não há uma construção deste processo e/ou uma lógica de atenção verdadeiramente intersetorial.

No quadro a seguir trago os serviços codificados como de **articulação intersetorial facilitada - sombreados** (para aqueles verbalizados como os que se articulam facilmente com o seu) ou neutra (quando apenas citados e não referenciadas dificuldades ou facilidades, somente informando os serviços que consideraram articular com o seu de alguma forma).

Quadro 8 - Relação da articulação entre serviços da rede

SUS		
Componente da RAPS	Ponto de Atenção	nº de menções (se articulação é fácil ou neutra)
Atenção Básica	PSF*	5
		1
	UBS*	1
Atenção Psicossocial estratégica	CAPS*	9
	Ambulatório de Saúde Mental*	6
Atenção de urgência e emergência	Pronto Atendimento	1
	SAMU	1
	Serviços Emergenciais	1
Atenção Hospitalar	Santa Casa Municipal	1
	Núcleo Álcool e Drogas (NAD)	3

Setor	Ponto de Atenção	nº de menções (se articulação é fácil ou neutra)
menções inespecíficas relacionadas a serviços SUS	"Serviços de Saúde"	1
	"CAIS"	1
	"Especialidades"	2
SUAS	CRAS*	5
	CREAS*	4
Outras menções	Comunidade Terapêutica	2
	Casas de Acolhimento	1
	Conselho Tutelar	1
	Advogados	1
	Poder Judiciário	1
	INSS	1
	Escolas	1
	Departamento de Lazer	1

* Serviços ou componentes citados como de fácil articulação intersetorial

Fonte: Dados da Pesquisadora (2022)

Há evidências de que, do ponto de vista dos serviços de saúde do município, foi considerada maior e mais facilitada articulação com os serviços estratégicos (CAPS e ASM), seguidos pela atenção básica (UBS e 1 PSF) e posteriormente pelos serviços SUAS (CRAS e CREAS). Os profissionais dos serviços da atenção básica (PSF), componentes estratégicos (CAPS), internação especializada em dependência química (NAD) e até de estratégia de desinstitucionalização (SMP) consideram articulação maior com serviços do SUAS, ainda que o gestor do SMP não tenha mencionado.

A seguir, apresento uma nuvem de palavras relacionada aos serviços mais citados pelos profissionais e gestores como de articulação dificultada.

Figura 11 - Nuvem de palavras dos discursos sobre os serviços difícil articulação



Fonte: Dados da Pesquisadora (2023)

Ao centro estão os serviços mais citados, enquanto caminham para as margens os serviços menos citados pelos entrevistados. Nota-se que a Santa Casa e os Conselhos Municipais (Tutelar e do Idoso) são os mais citados pelos entrevistados considerando como de difícil articulação intersetorial, seguidos pelo Pronto Socorro, Santa Casa, APAE, UBS e CREAS na mesma proporção. Ressalto que os participantes que mencionaram tais evidências compõe os serviços especializados em saúde mental e de estratégia de desinstitucionalização da RAPS e trouxeram esses aspectos de forma recorrente, com diversas menções ao longo das entrevistas.

Não só no Brasil o suporte social tem sido considerado um componente mediador do processo de reabilitação de um modo geral, mas quando tratamos da saúde mental torna-se ainda mais relevante por reconhecermos o impacto deste suporte (ou da falta dele) no sofrimento psíquico, seja pelos aspectos relacionais ou dos recursos necessários aos usuários atendidos pelos serviços de Saúde (RODRIGUES, 2009).

O nó principal discutido na **relação entre os pontos da RAPS** é a saúde mental na atenção básica, e o desafio de mudar a cultura para uma abordagem diferente da utilizada atualmente. A falta de comunicação entre os setores envolvidos é mencionada como uma falha que tem prejudicado o tratamento dos usuários e a integração entre os serviços e o conhecimento mútuo das atividades realizadas é necessário para um funcionamento mais saudável e efetivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município.

Ao tratarmos da **construção da intersetorialidade**, a falta de uma RAPS formalizada e sistematizada dificulta a articulação entre os serviços e a resolução das demandas dos usuários. O trabalho intersetorial acontece de forma improvisada e por meio de discussões de casos, mas a falta de integração entre os serviços é evidente, havendo dificuldade em resolver situações e encaminhar adequadamente os usuários. No entanto, há exemplos de sucesso de articulação intersetorial, principalmente pelos serviços estratégicos de saúde mental, levando a ações de integração dos usuários em atividades culturais e esportivas, embora a pandemia tenha prejudicado essas atividades. Portanto, há a falta de participação da rede externa como principal dificuldade para um trabalho efetivo da saúde mental, além

da falta de articulação intersetorial formalizada e a dificuldade na realização das ações propostas devido à falta de apoio da rede municipal, mas com potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes por meio da colaboração entre os serviços, sendo a pandemia foi um dificultador dos processos de articulação com a rede externa.

Subcategoria III.B. Fragilidade da atenção à crise (Urgência em Saúde Mental) - Evidências de dificuldades em relação à assistência a crise em Saúde Mental¹²

O atendimento emergencial já vem sendo apontado pelos estudos como um componente frágil da RAPS. Há menção de tentativas de abertura ao diálogo, mas unilateralmente e sem resultados favoráveis por resistência em conhecer sobre o trabalho do outro serviço e suas possibilidades de ação e necessidades envolvidas para o cuidado.

“Tem muita dificuldade, principalmente com pronto-socorro. Eles confundem muito quem somos, onde estamos e quando é feito uma solicitação para gente apresentar qual é o nosso projeto (PTS) e para que ele funciona, a gente ainda tem resistência. A gente não tá tendo acesso fácil a ele (pronto socorro). Agora a Prefeitura em si, o posto de saúde, centro de saúde em termos de vacinação, eles têm conhecimento e eles facilitam nossa vida assim.” (*)

Podemos considerar que apesar do conhecimento sobre o papel do profissional de saúde mental por outros serviços, ocorre a falta de compreensão do papel desse profissional pelos serviços de emergência, com consequente dificuldades de acesso ao pronto-socorro e dificuldades na assistência à crise em saúde mental. Estas dificuldades podem refletir diretamente no PTS, na RAPS e na intersetorialidade, levando a intensificação na fragilização da atenção à crise já instalada:

- à Luz do Projeto Terapêutico Singular (PTS)
 - Falta de individualização do atendimento: Dificuldade em adaptar o atendimento às necessidades específicas de cada paciente em crise.

¹² *por proteção ética aos entrevistados, os mesmos não serão identificados.

- Ausência de um plano de cuidado integral: Fragmentação do atendimento e falta de acompanhamento longitudinal.
- à Luz da RAPS
 - Inadequação da rede para o atendimento à crise: Falta de integração entre os serviços de saúde mental e os demais serviços da rede.
 - Desarticulação entre os profissionais: Dificuldade na comunicação e no compartilhamento de informações.
- à Luz da Intersetorialidade
 - Falta de colaboração entre os setores: Saúde, educação, justiça e outros setores não estão trabalhando em conjunto para atender às necessidades dos pacientes em crise.
 - Ausência de políticas públicas intersetoriais: Falta de políticas que promovam a integração dos serviços e a atenção integral à saúde mental.

Esses dificultadores facilmente intensificariam a já observada fragilidade da atenção à crise por meio da falta de recursos humanos e materiais (com um número insuficiente de *profissionais qualificados* e de infraestrutura adequada para o atendimento à crise) e dificuldades no acesso ao tratamento com a elevação do estigma e preconceito em relação à saúde mental.

O trecho evidencia as dificuldades na assistência à crise em saúde mental. As análises à luz do PTS, da RAPS e da intersetorialidade nos trazem a fragilidade da atenção à crise demonstrando a necessidade de superar muitos desafios para garantir um atendimento integral e de qualidade aos usuários. A crise em saúde mental é um evento agudo que requer atenção imediata e especializada e sua compreensão é complexa e multifacetada, devendo o cuidado a pessoa em sofrimento ser baseado nos princípios da ética, da humanização e da integralidade.

Pela perspectiva do participante, precisamos considerar a importância de ações formativas e processos de educação em saúde que podem não parecer ações de saúde mental, mas são. São ações de saúde mental uma vez que aliam a estratégia de prevenção epidemiológica (vacina) a ação de promoção de saúde mental (acesso dos moradores ao direito à vacina, reconhecimento da rede quanto a necessidade de estratégia singularizada para essas pessoas mediante a

necessidade de saúde). Deste modo há uma aproximação da atenção básica com o SMP conforme os pressupostos da SRT.

Já apresentamos como o campo relacional tem favorecido as articulações entre serviços e viabilizado o acesso dos usuários - o que não é diferente com o SMP, porém não refere como política pública e programas, mas sim como algo doméstico.

“Faltam os serviços de emergência, de porta hospitalar. Quantos casos necessitam de internação e esses serviços não estão participando das discussões de fluxo. Tem que fazer a RAPS funcionar ali na hora e se ela já existisse seria muito melhor pra todo mundo, né. Até pode funcionar ali na hora, só que nem pode chamar de RAPS. Uma conversa que depende dos profissionais envolvidos, do individual e não deve ser assim. O serviço não deve depender de ninguém. Ele deve ser processo (de trabalho).” (*)

Com este trecho, pela perspectiva de um profissional de serviço estratégico, fica evidente a falta de Serviços de Emergência em Saúde Mental, com a ausência de porta hospitalar específica (dificultando o atendimento de casos que necessitam de internação) e a inexistência de um fluxo de atendimento definido (sem a articulação entre os serviços de saúde mental e os serviços de urgência e emergência), bem como chama a atenção a fragilidade da RAPS com a não participação dos serviços de urgência e emergência nas discussões da rede (salientando possível dificuldade na integração da atenção à crise na rede de atenção psicossocial) e a dependência de profissionais específicos para o funcionamento da RAPS (com a falta de estrutura e de processos de trabalho consolidados). Ainda assim é positivo percebermos que há o reconhecimento da necessidade de serviços de emergência em saúde mental e a consciência da importância da integração da atenção à crise na RAPS.

São percebidos prejuízos no que se refere a continuidade do cuidado pelos serviços da atenção hospitalar e emergencial por não participarem das discussões e a longitudinalidade do cuidado depender somente da ‘pessoalidade’ das relações. A seguir temos dois discursos referentes a situações reais vivenciadas pelos profissionais ao necessitar de assistência emergencial a usuários em sofrimento psíquico.

Sem dúvidas consideramos a necessidade de fortalecer a atenção à crise em saúde mental com a capacitação dos serviços de emergência e a integração desses serviços na RAPS como medidas essenciais para garantir um atendimento integral e de qualidade aos usuários em crise.

“Santa Casa entra (na RAPS), né? Vou te narrar um evento acontecido há poucos dias atrás. Eu tive um paciente que precisava de uma internação, eu acionei o SAMU, os socorristas chegaram, eu orientei que era procedimento que o paciente fosse para a Santa Casa para aguardar internação para ser colocado na CROSS para poder conseguir uma liberação de vaga de internação no NAD. O socorrista falou pra mim que não ia adiantar nada encaminhar para a Santa Casa porque o médico não iria interná-lo. Eu falei pra ele ‘olha, mas esse é o procedimento. Se precisar de uma carta do nosso médico, amanhã eu consigo um relatório e encaminhamento para a Santa Casa, mas agora ele se encontra em uma situação de risco devido algumas falas importantes e não pode ficar sem uma assistência médica e ele precisa de uma internação. Então eu acredito que ele indo até a Santa Casa ele vai ser internado, ser regulada a vaga na CROSS para ele conseguir ir para o NAD’. O socorrista falou ‘Eu até vou levar, mas o médico não vai internar. Não vai adiantar nada!’. Eu fiquei frustrada, porque eu vi que o procedimento não era esse que a gente tem a orientação, entendeu. Essa é uma falha que a gente tem muito grande, a regulação da vaga na CROSS através da Santa Casa.” (*)

Este trecho destacado nos aponta falhas na Regulação de Vagas em Saúde Mental com destaque para a dificuldade de internação em hospital geral (recusa de internação de paciente em situação de risco pela Santa Casa com desconhecimento do médico sobre o procedimento correto) e a desarticulação entre os serviços (observado na falta de comunicação entre o SAMU, a Santa Casa e o NAD, além da dificuldade na regulação de vagas para internação psiquiátrica). Torna-se entendível o impacto na Assistência ao Paciente, com o atraso no atendimento (uma vez que o paciente em situação de risco não recebe a atenção médica necessária), risco de agravamento do quadro (devido a falta de internação poder levar ao agravamento da saúde mental do paciente) e a frustração dos profissionais (com a dificuldade em seguir os procedimentos corretos e garantir o atendimento adequado ao paciente).

Neste caso, a regulação é uma consequência de uma fragilidade processual anterior. Em um processo complexo que envolve as dimensões de assistência, gestão, construção de políticas públicas e pactuação, o sentimento do profissional é

a frustração, transformando uma questão técnica-política em uma questão ‘pessoalizada’ até mesmo no contexto da urgência/ emergência.

Apesar de considerarmos que há proatividade do entrevistado em buscar uma solução para o caso, reconhecendo a falha na regulação de vagas e identificando a necessidade de articulação entre os serviços, o trecho demonstra a necessidade de fortalecer a regulação de vagas em saúde mental. Poderíamos sugerir a criação de um sistema integrado de regulação, a capacitação dos profissionais e a melhoria da comunicação entre os serviços como medidas essenciais para garantir um atendimento ágil e de qualidade aos pacientes em necessidade de internação psiquiátrica.

Observamos que há concepções dos diferentes atores da RAPS frente às normativas da Política de Saúde Mental - PSM e enquanto pesquisadora inserida no cotidiano do SUS do município há a reflexão de que, atualmente, o CAPS não faz contenção a crise e isto é uma irregularidade frente ao papel do CAPS e suas normativas. Essa omissão do serviço estratégico impacta negativamente na RAPS e agrava o cuidado em situação de crise e assim o “ator SAMU” somente explicita uma fragilidade/irregularidade da RAPS local.

“Agora, um caso que me marcou foi de uma paciente psiquiátrica que estava com muita dor no quadrante inferior direito e ela reclamava muito que estava doendo. Ela começou a ir na Santa Casa, foi na sexta, foi no sábado duas vezes, foi no domingo duas vezes. E na segunda-feira a gente tinha na época o doutor Trevo* que trabalhava, então ele vinha todos os dias, o médico do PSF vinha todos os dias. E eu encaixei ela para uma consulta, porque ela estava indo, eles davam injeção para dor e mandavam para casa, atendimento de urgência. Aí ela conseguiu passar aqui, apesar de uns obstáculos porque eu fui chamada a atenção, por ter encaixado ela e tudo o mais, mas ela conseguiu passar...ela mandou um áudio para mim na segunda-feira. Pela voz da paciente eu consegui saber que realmente ela estava muito mal, muito mesmo, você conhece a voz dos pacientes, eles usam muito o WhatsApp para falar com a gente e aí eu fui, conversei se tinha vaga, falou que tinha desistência, encaixei ela. Falei: ‘Ela vai vir daqui a pouco’ e assim a regra seria para o paciente da espera – que era até uma vaga de espera - tinha que estar aqui cedo, 7 horas, mas ela não conseguia vir para cá nesse

horário. Aí eu falei para ela que tinha conseguido a vaga, para ela vir. Ela veio no momento, aí vieram, perguntaram para mim, me chamaram a atenção, porque não, porque a paciente tinha que estar aqui para saber se ia conseguir uma vaga. Falei, 'Mas ela está muito mal, não está conseguindo nem andar direito'. Beleza, passou, aí a paciente chegou. A hora que a paciente chegou, viram que realmente o estado dela era crítico, tanto que já pegaram ela e levaram direto para a sala do médico, passou na frente de todo mundo. O doutor encaminhou para a Santa Casa para a internação. Chega lá, o médico barrou, mandou de volta para casa, deu remédio para dor, mandou de volta para casa, falou que não ia internar. Aí ela voltou para casa, chegou em casa, começou a ficar muito, muito, muito mal, desceu de novo com o pedido de internação, aí chega lá o médico falou que ia deixar ela lá em observação e que até o doutor tinha pedido também para fazer um hemograma e um outro exame, acho que foi de urina, não me lembro, para ver se ia dar alguma coisa, e que a suspeita dele era apêndice - e era o apêndice. Aí o médico do hospital não pôs nem a mão, deixou ela lá com soro tomando, ela foi piorando, o apêndice dela esturpou, ela foi às pressas para Ribeirão, uma cirurgia de três ou quatro dedos, ela abriu de cima abaixo, porque vazou fezes, tiveram que tirar, limpar, fazer aquela coisa toda, então depois ela ficou com dreno um bom tempo...ela vinha todo dia fazer o curativo, até que melhorou, demorou muito a recuperação dela. Uma coisa que se tivesse tido a articulação necessária, não teria sido tão grave. Tudo bem o médico do hospital não querer examinar, deveria, você está com uma dor aqui (entrevistada mostra abdômen), a primeira suspeita – apêndice; não quiseram, vários médicos. O médico do posto dá um encaminhamento para internação, o médico chega lá e barra? Talvez se tivesse internado, na hora já feito, mandado fazer uma tomografia ou feito um ultrassom teria visto, teria evitado. Então me marcou bastante, porque o médico falou para ela que mais um dia, ela morria. Realmente, mais um dia, ela morria. Valeu tudo! Depois resolveu, graças a Deus, e ela está bem hoje, demorou bastante para se recuperar, mais uns seis meses ela não podia trabalhar, não podia fazer nada, mas agora está bem, graças a Deus está bem, está curtindo a vida dela." (*)

Mesmo não sendo um caso de emergência psiquiátrica, a atenção à urgência e emergência se mostra frágil e desarticulada, levando a um agravamento de saúde que

poderia ter sido evitado. Além disso, a falta de participação de serviços de emergência e a dificuldade na realização das ações propostas são desafios presentes.

O trecho nos denota a falta de articulação entre os serviços de saúde (com a peregrinação do paciente por diferentes serviços sem um diagnóstico preciso e a falta de comunicação entre os serviços de saúde mental e os serviços de urgência e emergência), além da dificuldade de acesso à internação (com a recusa de internação pela Santa Casa mesmo com pedido médico e falta de priorização para pacientes em estado grave). Ainda consideramos a desumanização no Atendimento, com descaso com a paciente (não realização de exames para investigação da causa da dor, medicação para dor sem a devida investigação e falta de empatia/acolhimento por parte dos profissionais) gerando impacto na saúde da paciente citada, uma vez que ocorreu o agravamento do quadro clínico (com a necessidade de cirurgia de grande porte, sofrimento físico/emocional intenso e retardo na recuperação).

Positivamente observamos a proatividade do profissional que identificou a necessidade da paciente (com busca por alternativas para atender a paciente e sua persistência na busca por um diagnóstico preciso), além do reconhecimento da falha na articulação entre os serviços. Ainda assim, o trecho demonstra a necessidade de fortalecer a articulação entre os serviços de saúde e humanizar o atendimento aos pacientes com a possível criação de protocolos de atendimento intersetorial, a capacitação dos profissionais e a implementação de medidas que garantam a dignidade e o respeito aos usuários como medidas essenciais para evitar situações como a descrita.

Há fortes evidências de dificuldades encontradas principalmente no pronto-socorro, não havendo clareza quanto ao processo de trabalho, bem como a impressão de certa resistência em relação à apresentação do projeto terapêutico e funcionamento dos serviços de Saúde Mental. A Santa Casa, que faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), também tem dificuldades no que tange a regulação de vagas através dela, ficando evidente a importância de um funcionamento eficiente dos serviços de emergência e fluxos aplicáveis de atendimento na RAPS.

De modo geral, referente a **articulação da RAPS e estratégias de cuidado integral e intersetorial**, percebemos que o município conta com diversos serviços componentes da RAPS propriamente dita, além de outros serviços com interface com a saúde, compondo todos os pontos de atenção, mas com o avançar das análises temos compreendido que não há uma Política de Saúde Mental instituída e formalizada no município de modo que favoreça a articulação e fortalecimento da RAPS, fazendo com que a relação que os participantes chamam de rede seja por meio da individualidade dos atores envolvidos e suas relações pessoais. Apesar de buscar a integralidade do cuidado, a construção da intersetorialidade tende para a informalidade e alguns fatores relacionados aos recursos empregados ou necessários têm impactado a organização dos serviços e repercutido negativamente na assistência direta aos usuários em sofrimento psíquico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto implicação desta pesquisadora/profissional do SUS inserida no cotidiano da RAPS do município estudado e atuante em um serviço estratégico em Saúde Mental, posso afirmar que ocorreram diversos sentimentos e percepções acerca do cuidado prestado aos usuários. Em muito se deram por estar entre colegas de trabalho que ora se mostraram muito receptivos e ora pareceram desejar responder o que seria “aceitável” e não o que de fato era a realidade local, levando a algumas contradições em alguns momentos da entrevista - posteriormente sanadas. Também devo ressaltar o impacto ocasionado pela ausência dos componentes da Atenção à Urgência e Emergência na pesquisa, inviabilizando qualquer leitura da realidade de cuidado em saúde mental aos usuários pela ótica destes atores (SAMU, Pronto Socorro Municipal e Santa Casa).

Este trabalho buscou investigar as concepções e experiências da construção do Projeto Terapêutico Singular na Rede de Atenção Psicossocial de um município de pequeno porte no interior paulista. Compreendemos que a utilização do PTS na RAPS tem sido fragmentada e setORIZADA, não promovendo a longitudinalidade e a coprodução do cuidado, sendo utilizado não como um instrumento de cuidado, mas sim rumando para uma utilização voltada para a tecnocracia. O município, apesar de

possuir diversos serviços componentes da RAPS, não apresenta uma política de saúde mental que favoreça a articulação e fortalecimento desta rede, afetando a assistência diretamente prestada aos usuários e não cumprindo com o seu papel objetivo que é de criação, ampliação e articulação de atenção à saúde para pessoas em sofrimento mental no âmbito do SUS.

Até este momento é possível compreender que o modo de construir o PTS não tem cumprido seu papel enquanto dispositivo de coprodução e cogestão do processo terapêutico articulando o usuário (que deveria ser protagonista do seu cuidado), família, equipe e seu território.

A falta de profissionais e recursos, a falta de articulação entre os serviços e a incompreensão sobre saúde mental são fragilidades encontradas no município como um todo, impactando na organização dos serviços e na assistência direta prestada aos usuários. A Atenção Básica e as articulações intersetoriais são valorizadas como potenciadoras da integração da RAPS, porém não há, até o momento, a instituição de uma Política de Saúde Mental que favoreça a articulação e fortalecimento da RAPS, tornando a relação entre os serviços informal.

É importante investir na ampliação das equipes, com a formação e qualificação dos profissionais, além de favorecer a organização e articulação dos serviços da RAPS para garantir um cuidado integral e de qualidade para todos os usuários de saúde mental, como oportunidade para fortalecer a intersetorialidade.

Em resumo, o estudo constatou que o cuidado em saúde mental nesta RAPS apresenta fragmentação e falta de cogestão, com pouca participação dos principais atores envolvidos. Além disso, identificou-se falta de profissionais e recursos, dificuldade de articulação entre os serviços, além da falta de formação dos profissionais e incompreensão destes sobre saúde mental. O fortalecimento da Atenção Básica e ações intersetoriais foram apontados como fundamentais para uma abordagem integral ao usuário.

Este trabalho tem o alcance de ser um recurso para apoiar na formação dos serviços e problematizar as concepções práticas sobre o PTS. Enquanto produtos técnicos concretos que esta pesquisa originou e que podem já ser utilizados pelos serviços, profissionais e munícipes, entregamos links contendo:

- [Mapa mental sobre Projeto Terapêutico Singular - PTS](#) contendo elementos primordiais como objetivos, diretrizes, etapas, dimensões e elementos essenciais para sua elaboração;
- [Mapa mental sobre Rede de Atenção Psicossocial - RAPS](#) contendo objetivos, componentes e fases de operacionalização;
- [Representação gráfica atualizada \(mapa\) on-line dos serviços que compõem a RAPS do município](#) estudado, com seus principais pontos de atenção, localização e telefones de contato deles, além da breve descrição das ações em saúde mental (já desenvolvidas e/ou passíveis de desenvolvimento);
- [Mapas mentais sobre Intersectorialidade](#) e [Integralidade do Cuidado](#) com sua definição, implicações, vantagens e principais aspectos relacionados à saúde mental;
- [Mapa mental sobre Redes de Atenção à Saúde - RAS](#) no SUS, com seu conceito, objetivos e as redes temáticas estabelecidas.

Acreditamos que investir no PTS como estratégia de formação e educação permanente em/para a saúde pode ser potente para produzir reflexões nos profissionais de saúde, auxiliando-os a serem melhores protagonistas na construção de uma rede de cuidados, portanto, algumas propostas são sugeridas com este trabalho:

a) por meio da oferta de rodas de conversa com os serviços de saúde do município, promover a devolutiva das articulações de sucesso como validação do esforço da rede, reconhecimento e valorização, principalmente dos participantes da pesquisa;

b) por meio de uma [oficina de sensibilização \(link\)](#) oferecida na rede de Santa Rita, apresentar o PTS de uma forma sistematizada enquanto uma ferramenta técnica e educacional, partindo das evidências deste estudo de como os profissionais se apropriam do PTS vislumbrando sua sistematização e implementação de forma mais eficaz. Será um dia para a rede se dedicar a isso e, por meio de uma dinâmica vivencial, trabalhar afetivamente e processualmente o PTS, de modo que as pessoas possam experimentá-lo verdadeiramente.

c) Proposta de Educação Permanente em Saúde - EPS para o município em relação à atenção à saúde mental por meio do PTS, a fim de fomentá-lo como indutor do fortalecimento das políticas públicas municipais em saúde mental, com seu devido impacto na qualidade do cuidado: oferecer um ciclo sobre o PTS como organizador da formação do trabalho e da gestão: um Plano de Capacitação para o PTS por meio da EPS

d) colocar-me à disposição do município para favorecer a operacionalização da RAPS e implementação do PTS enquanto ferramenta de assistência, trabalho e gestão, com base nas evidências da dada realidade e das melhores práticas estudadas na elaboração desta pesquisa.

Enquanto aspectos positivos, observamos a disponibilidade dos profissionais para atuarem no cuidado de modo integral e integrado, mas que não passam para o ato do PTS em si. As propostas acima foram realizadas por acreditarmos que há movimentos possíveis que podem ser otimizados dentro da lógica formal de construção da RAPS e assim operacionalizar o canal já existente. Desta forma, pretendemos contribuir direta e indiretamente na ampliação do conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular e sua aplicabilidade na RAPS municipal através da produção de informações fidedignas da realidade e desenvolvimento do olhar científico.

Pretendemos ainda e se possível, subsidiar políticas públicas de saúde mental no município por acreditarmos verdadeiramente que, como papel da formação de um mestrado profissional, este trabalho sobre o PTS e a RAPS local explorou a realidade e seus achados contribuem positiva e significativamente para a qualificação da prática assistencial e gerencial, com foco na efetivação do cuidado prestado ao sujeito, sendo portanto, de importância singular para o cenário da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, M. H. M. de. **A clínica ampliada e a reforma psiquiátrica brasileira: desafios para a formação em saúde mental**. São Paulo: Cortez, 2007.
- ALVES, P. B. **O projeto terapêutico singular: uma proposta de intervenção em saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- ALVES, Rafael de Oliveira. **Saúde mental no contexto da saúde pública: conquistas e desafios**. 40 f. 2014. - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" UNESP, [s. l.], 2014.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 120 p
- AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 136 p.
- ANDRADE, L. H. de. **A clínica ampliada e a atenção psicossocial**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ARAUJO, Erica Chagas *et al.* **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**.
- ARAÚJO, M. J. de. **O projeto terapêutico singular na atenção básica em saúde mental: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- AZEVEDO, Reynaldo Rezende. **Inaugurado o ambulatório de saúde mental**. Jornal O "Santarritense", 01 de abril de 2000, p. desconhecida.
- BAPTISTA, Juliana Ávila et al. **Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 73, n. 2, e20180508, 2020.
- BARBOSA, M. T. de. **A formação profissional em saúde e a reforma psiquiátrica brasileira**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.
- BARROS, M. R. de. **A residência terapêutica como dispositivo de cuidado em saúde mental: uma análise crítica**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas**. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: OPAS. Brasília, nov. 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica**. Brasília, 2006. 2 v.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Clínica**

ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. [S. l.: s. n.], 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada e compartilhada.** Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 56-57.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial.** Folder. Brasília, 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Brasil, DF: [s. n.], 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** [S. l.: s. n.], 2018. *E-book*.

Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], v. 377, n. 1, p. 62p., 2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a10.htm.%5Chttp://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

CAMPOS, G. W. S. **A clínica ampliada e a atenção psicossocial.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 19, n. 2, p. 137-141, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciência e Saúde Coletiva, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>

CAMPOS, G. W. **Núcleo de saber e campo: a constituição da clínica ampliada.** São Paulo: Cortez, 2000. redehumanizasus.net/90594-nasf-central-de-palmas-to-realiza-matriciamiento-e-m-saude-mental-com-abordagem-em-alcool-e-outras-drogas-na-atencao-basica/

CAMPOS, G. W. S. **A clínica ampliada e a reforma psiquiátrica brasileira.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. 2, p. 107-112, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides De; CASTRO, Adriana Miranda De. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde.**

Ciência & Saude Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, Sept. 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000200016>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O projeto terapêutico singular: repensando as práticas em saúde mental**. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner De souza; ANDRÉ VINICIUS PIRES GUERRERO. **Manual de Práticas em Atenção Básica : Saúde Ampliada** e. Ministério da Saúde, [s. l.], p. 411, 2010. Disponível em: http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf

CARVALHO, A. L. M. de; COSTA, M. F. S. **Os princípios do SUS e a reforma psiquiátrica: desafios para a formação profissional em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 18, n. 51, p. 793-804, 2014.

CECILIO, S. C. **Intersetorialidade: uma agenda para a saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde : Ensino , Gestão , Atenção e Controle Social**. [s. l.], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, Brasil. **Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. [S. l.: s. n.], 2015.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo:Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T. Tema: **Clínica Ampliada**. III Encontro Temático de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

DINARDI, BRUNO DOMINGOS. **Plano de trabalho 2022 da irmandade Santa Casa de misericórdia de Santa Rita do Passa Quatro**. Santa Rita do Passa Quatro, SP: [s. n.], 2022.

DINIZ, A. M. **Projeto terapêutico singular: tecendo o cuidado integral na atenção básica e psicossocial**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

FERNANDES, M. J. de O. **Projeto terapêutico singular: uma proposta de intervenção em saúde mental**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 2, p. 268-274, 2009.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 120 p.

GRANDE, M. M.; CARRETTA, R. Y. D.; KRONKA, A. G.; NOCENTI, A. I.; FORSTER, A. C. **Gestão do trabalho interprofissional no projeto terapêutico singular: proposta de modelo de processo de trabalho**. Medicina (Ribeirão Preto, Online), v. 56, n. 2, p. 1-13, 2023.

GOBI, Sonia Regina. **Educação permanente; uma proposta de humanização em um hospital público de saúde mental**. 24 f. 2010. - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, [s. l.], 2010.

IBGE. **História Santa Rita do Passa Quatro**. 2024. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santa-rita-do-passa-quatiro/historico>

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. **Matrix support in mental health: Practices and concepts brought by reference teams, matrix teams and managers**. Ciencia e Saude Coletiva, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 1247–1254, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>

JORGE, M. S. B. et al.. **Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 7, p. 3051–3060, jul. 2011.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo De Carvalho Mesquita. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS**. Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], v. 32, n. 8, p. 1–13, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf

LEAL, E. M. **Clínica da reforma psiquiátrica**. V Curso de Especialização em Saúde Mental. EESP – USP, 2010.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; FERREIRA JÚNIOR, A. R.. **Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Territorial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental**. Saúde em Debate, v. 47, n. 139, p. 878–892, out. 2023.

MACHADO, Lourses A. **Construindo a intersectorialidade**. portales.saude.sc.gov.br, [s. l.], 2010.

MERHY, Emerson Elias. **A clínica ampliada: da medicalização à integralidade**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

MERHY, Emerson Elias; CAMARGO, Laura; FEUERWERKER, Macruz. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**.

Leituras de novas tecnologias e saúde, [s. l.], n. November, p. 29–56, 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MIMAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa, v. 5, n. 7, p. 01–12, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Projeto terapêutico singular: diretrizes para a organização do processo de trabalho em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

NERIS, R. **Projeto terapêutico singular: construindo a autonomia do usuário**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

NEVES, Vanessa Ferraz Almeida. **Pesquisa-ação e Etnografia: Caminhos Cruzados. Pesquisas e Práticas psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006

NUNES, G. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2010

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O Projeto terapêutico singular**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.). Manual de Práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 274-288.

OLIVEIRA, Gerfson Moreira; DALTRO, Mônica Ramos. **‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental**. Saúde em Debate, [s. l.], v. 44, n. spe3, p. 82–94, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e309>

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Campinas: [s. n.], 2007.

OLIVEIRA, G. F. de. Projeto terapêutico singular: uma proposta de intervenção em saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 2, p. 268-274, 2013.

OLIVEIRA, G. F. de. **O projeto terapêutico singular na atenção básica em saúde mental: desafios e perspectivas**. Revista Brasileira de Saúde Mental, v. 7, n. 2, p. 102-113, 2014.

PATRIOTA, Lucia Maria. **Saúde mental, reforma psiquiátrica e formação profissional**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, [s. l.], 2011.

PEREIRA, hélia Soares; LIMONGI, Jean Ezequiel. **Agentes comunitários de Saúde: Atribuições e desafios**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, [s. l.], v. 7, n. 12, p. 83–89, 2019.

PEREIRA, M. J. B. **A clínica ampliada e a reforma psiquiátrica: desafios para a formação em saúde mental**. São Paulo: Cortez, 2007.

PINTO, Bruna Knob *et al.* **Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção**. health. remE – Rev. Min. Enferm., [s. l.], v. 16, n. 4, p. 487–493, 2012.

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em Saúde**. In: VENÂNCIO, Escola Politécnica de Saúde Joaquim; SAÚDE, Observatório de Técnicas em (org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 255-262

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ªed. Rio de Janeiro: [s. n.], 2009.

PERDICARIS, Priscilla Reinisch. **Contratualização de resultados e desempenho no setor público: contratualização de resultados e desempenho no**. Tese, [s. l.], 2012.

PINHEIRO, R. S.; SILVA, M. J. S. da. **A formação profissional em saúde e a reforma psiquiátrica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 11, p. 3349-3358, 2013.

PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO. **Abertura do ambulatório de saúde mental Mário José Pereira Neto**. Facebook, 19 de fevereiro de 2024. <https://www.facebook.com/prefeiturarp4/posts/pfbid028S9mqaT7iKzwwTi39tg4gkxWsmDBRPfoA9acT48j8LTVHameBmdMj2PQ7HNpv4z7l>

ROCHA, S. F. de A.; TENÓRIO, F. G. **A residência terapêutica como dispositivo de cuidado em saúde mental: uma análise crítica**. Revista Brasileira de Saúde Mental, v. 5, n. 2, p. 102-113, 2012.

RODRIGUES, M. L.; DESCHAMPS, F. C. **O projeto terapêutico singular na atenção básica em saúde mental**. Revista Brasileira de Saúde Mental, v. 9, n. 1, p. 53-60, 2016.

RODRIGUES, Vera; MADEIRA, Milton. Suporte Social e Saúde Mental: Revisão da Literatura. **Análise Psicológica**, [s. l.], v. 6, n. 7, p. 390–399, 2009.

SILVA, Ester Pereira; SOUSA, Mailson Marques de; et al. **Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações**

de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 2, p. 197-202, 18 set. 2013.

SANTOS, Fernando Conego. **A saúde pública no município de Santa Rita do Passa Quatro / SP** (monografia). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP, [s. l.], p. 66, 2016.

SAÚDE, Ministério da. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. [S. l.: s. n.], 2011.

SAÚDE, Ministério da. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: [s. n.], 2009. *E-book*.

SILVA, M. J. S.; FONSECA, M. J. S. **A construção do projeto terapêutico singular na atenção básica em saúde mental**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. 941-950, 2005.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. **Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 2, p. 537-546, 2015.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200537&lng=pt&tlng=pt pt. Acesso em: 12 out. 2020.

SLOMP, Júnior Slomp; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Projeto terapêutico singular como dispositivo para o cuidado compartilhado**. Porto Alegre, RS: [s. n.], Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/9788554329778>

Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PTS Compartilhado: dispositivo para o cuidado integral e intersetorial em uma Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

Pesquisador: ERICA SANTIAGO SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45082821.3.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.881.464

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1698849.pdf, de 02/07/2021), do Projeto Detalhado (PROJETODEPESQUISAPTSCompartilhadoDispositivoParaocuidadointegraleintersetorialemumaRAPS_VERSAO02.pdf, TCLEs e CARTARESPOSTA_VERSAO1, todos de 02/07/2021).

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os convidados a participantes e participantes da pesquisa serão orientados quanto aos riscos subjetivos (desconforto emocional, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço) e os característicos de ambiente virtual envolvidos, em função das limitações das tecnologias utilizadas (como falhas na conexão e risco de violação de dados). O voluntário poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento e a pesquisadora realizará o seu acolhimento, com possíveis encaminhamentos necessários caso a ocorrência permaneça.

Benefícios:

Este trabalho visa contribuir de forma direta e indireta para ampliação do conhecimento sobre o

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.881.464

Projeto Terapêutico Singular e sua aplicabilidade na RAPS de Santa Rita do Passa Quatro, bem como este levantamento poderá contribuir na ampliação do conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular e sua aplicabilidade na RAPS de Santa Rita do Passa Quatro, através da produção de informações fidedignas da realidade municipal, contribuindo para o desenvolvimento científico santa-ritense e subsidiando futuras políticas públicas de saúde no município;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado e sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1698849.pdf	02/07/2021 15:22:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_QUESTIONARIODECARACTERIZACAO_VERSAO2.pdf	02/07/2021 15:19:02	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.881.464

Ausência	TCLE_QUESTIONARIODECARACTERIZACAO_VERSAO2.pdf	02/07/2021 15:19:02	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTAPROFISSIONAIS_VERSAO2.pdf	02/07/2021 15:18:48	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENTREVISTAGESTOR_VERSAO1.pdf	02/07/2021 15:18:26	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_VERSAO1.pdf	02/07/2021 15:16:55	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISAPTSCompartilhadoDispositivoparaocuidadointegraleintersetorialemumaRAPS_VERSAO02.pdf	02/07/2021 15:11:59	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	5solicitacaoeautorizacaoSantaCasa.pdf	27/03/2021 14:40:37	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4SolicitacaoeautorizacaoPrefeitura.pdf	27/03/2021 14:40:24	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	3AutorizacaoCAIS.pdf	27/03/2021 14:39:45	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	2FolhadeRostoOK.pdf	27/03/2021 14:34:38	ERICA SANTIAGO SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 03 de Agosto de 2021

Assinado por:
Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Apêndices

Apêndice 1 - Roteiro para Entrevista com Gestores

Roteiro Dirigido - Específico para entrevista com gestores dos serviços da RAPS		
O que ressaltar?*	o mapa social: Como são constituídos?	número e categoria profissional, divisão de trabalho, serviços com os quais se relacionam
	o mapa espacial: Instrumentos utilizados?	equipamentos utilizados e tipos de tecnologias empregadas
	o mapa temporal: Como fazem o cuidado?	fluxo de pessoas, horários, reuniões, rotinas
*será descrito nas planilhas para coleta de dados a seguir (Apêndice 2)		
Estar atenta a:	Como os processos investigados (PTS) se organizam na prática e como funcionam?	*Comporão registros para posterior análise dos dados
	Quais as incongruências entre o que é dito ao pesquisador nas entrevistas e o que é realizado?	
	Como se processam as relações entre pares e entre profissionais e usuários/familiares? Como tudo isso se articula com o sujeito e a comunidade?	

Fonte: adaptado de Neves, 2006 e Minayo, 2014

Apêndice 2 – Questionário de Caracterização dos Gestores

QUESTIONÁRIO de CARACTERIZAÇÃO - Gestor

Código do Participante	Idade	Etnia/ Raça <small>(MBOE)</small>		Gênero	
		<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Masc.
		<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Pardo		<input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Outros

Escolaridade		Formação	Ano de Formação
Ensino Médio Completo			
Graduação Completo			
Graduação Incompleto			
Pós Graduação Completo			
Pós Graduação Incompleto			

POSSUI FORMAÇÃO COMPLEMENTAR NA SUA AREA DE ATUAÇÃO?	Possui Formação em Saúde Mental? Qual?
QUAL?	

QUAL DISPOSITIVO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) VOCÊ ATUA HOJE? <small>(Marque com um X)</small>	<input type="checkbox"/> Atenção Básica	<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> Núcleo de Apoio a Saúde da Família <input type="checkbox"/> Consultório de Rua <input type="checkbox"/> Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de caráter Transitório <input type="checkbox"/> Centro de Convivência e Cultura
	<input type="checkbox"/> Atenção Psicossocial Estratégica	<input type="checkbox"/> CAPS
	<input type="checkbox"/> Atenção de Urgência e Emergência	<input type="checkbox"/> SAMU 192 <input type="checkbox"/> sala de estabilização <input type="checkbox"/> UPA 24hs e Portas Hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde
	<input type="checkbox"/> Atenção Residencial de Caráter Transitório	<input type="checkbox"/> Unidade de Acolhimento <input type="checkbox"/> Serviço de Atenção em Regime Residencial
	<input type="checkbox"/> Atenção Hospitalar	<input type="checkbox"/> Enfermaria Especializada em Hospital Geral <input type="checkbox"/> Serviço Hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
	<input type="checkbox"/> Estratégias de Desinstitucionalização	<input type="checkbox"/> Serviços Residenciais Terapêuticos <input type="checkbox"/> Programa de Volta para Casa
	<input type="checkbox"/> Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<input type="checkbox"/> Iniciativas de geração de trabalho e renda <input type="checkbox"/> Empreendedorismos solidários e Cooperativas sociais

Tempo de atuação no serviço?
_____ ano(s).

JÁ ESTEVE NA GESTÃO DE OUTROS SERVIÇOS? QUAIS?
SIM NÃO

O PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR (PTS) É UTILIZADO PELO SEU SERVIÇO?
SIM NÃO

SE SIM, O PTS É VIVENCIADO COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, INCLUINDO OUTRAS ÁREAS DE INTERFACE COM A SAÚDE? QUAIS?
SIM NÃO

Apêndice 3 – Questionário de Caracterização dos Profissionais¹³

QUESTIONÁRIO de CARACTERIZAÇÃO										
Código do Participante		Idade		Etnia/ Raça (IBGE)			Gênero			
				<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Trans. <input type="checkbox"/> Outros			
Formação Acadêmica						Ano de Formação				
Já fez pós graduação no campo da saúde mental?					Formação complementar em Saúde Mental?					
<input type="checkbox"/> <i>Latu sensu</i>		Quais?		1. _____			<input type="checkbox"/> Extensão		<input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> <i>Strictu sensu</i>		(máx. 2)		2. _____			<input type="checkbox"/> Eventos			
Onde você trabalha? (Marque com um X)	<input type="checkbox"/> Atenção Básica		<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> Núcleo de Apoio à Saúde da Família <input type="checkbox"/> Consultório de Rua <input type="checkbox"/> Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de caráter Transitório <input type="checkbox"/> Centro de Convivência e Cultura			Tempo de atuação no serviço?				
						ano(s).				
	<input type="checkbox"/> Atenção Psicossocial Estratégica		<input type="checkbox"/> CAPS			Você utiliza de Projeto Terapêutico Singular (PTS) em seu trabalho?				
						SIM NÃO				
	<input type="checkbox"/> Atenção de Urgência e Emergência		<input type="checkbox"/> SAMU 192 <input type="checkbox"/> sala de estabilização <input type="checkbox"/> UPA 24hs e Portas Hospitalares de atenção à urgência/ pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde							
	<input type="checkbox"/> Atenção Residencial de Caráter Transitório		<input type="checkbox"/> Unidade de Acolhimento <input type="checkbox"/> Serviço de Atenção em Regime Residencial			Você vivencia o PTS Compartilhado com a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo outras áreas de interface com a saúde? Quais?				
						SIM NÃO				
<input type="checkbox"/> Atenção Hospitalar		<input type="checkbox"/> Enfermaria Especializada em Hospital Geral <input type="checkbox"/> Serviço Hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas								
<input type="checkbox"/> Estratégias de Desinstitucionalização		<input type="checkbox"/> Serviços Residenciais Terapêuticos <input type="checkbox"/> Programa de Volta para Casa								
<input type="checkbox"/> Estratégias de Reabilitação Psicossocial		<input type="checkbox"/> Iniciativas de geração de trabalho e renda <input type="checkbox"/> Empreendedorismos solidários e Cooperativas sociais								

¹³ versão on-line em: <https://forms.gle/r5oT8THHmbJhiYqD6>

Apêndice 4 – Roteiro para entrevista semiestruturada sobre PTS

Código do Participante

Entrevista sobre Projeto Terapêutico Singular (PTS)
--

Qual a sua aproximação e experiência com o PTS?
No questionário, você referiu conhecer o PTS. O que é PTS para você? O que é PTS Compartilhado para você?
Como conheceu este dispositivo? Você recebeu treinamento sobre PTS?
Me conte sobre suas reflexões críticas a respeito da aplicação de PTS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) onde você trabalha?
Você pode narrar uma experiência prática que teve com um PTS na RAPS?
Quais as ações desenvolvidas por você e no serviço que você considere de cuidado integral e intersetorial?

Apêndice 5 – Link [Análise das Categorias Analíticas](#)

Fonte: Dados da Pesquisadora (2022)