



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: TECNOLOGIAS PARA O SUJEITO EM CRISE

SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN MENTAL HEALTH CARE: TECHNOLOGIES FOR THE INDIVIDUAL IN CRISIS

PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR EM LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL: TECNOLOGÍAS PARA EL INDIVIDUO EN CRISIS

Alexandre Melo Diniz ¹

RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dispositivo tecnológico relevante nas práticas das redes de atenção à saúde. A utilização do PTS na promoção da saúde mental requer uma análise contextualizada da equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Este artigo descreve a construção do PTS na atenção à saúde mental ao sujeito em crise, com ênfase nas tecnologias de cuidado utilizadas na ESF e no CAPS. Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem hermenêutica realizada com adultos portadores de transtornos mentais severos e profissionais da saúde mental. A coleta de dados foi baseada em observação sistemática e entrevista semiestruturada e a análise das narrativas foi pautada nos pressupostos teóricos da hermenêutica de Paul Ricoeur. Os resultados evidenciam que o diálogo e a escuta produzem sentidos e significados no equilíbrio do processo saúde-doença mental, bem como empreendem uma prática terapêutica resolutiva. Considera-se que as tecnologias relacionais se mostram fundamentais para a efetivação e a adesão do usuário em seu cuidado integral e humanizado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Atenção Integral à Saúde.

1. Aluno de Doutorado em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Natal (RN), Brasil.

ABSTRACT

The Singular Therapeutic Project (STP) is a relevant technological device in the practices of health care networks. Using the STP in mental health promotion requires a contextualized analysis by the multidisciplinary team of the Family Health Strategy (FHS) and the Centers for Psychosocial Care (CAPS). This article describes the construction of the STP in mental health care provided to the individual in crisis, with an emphasis on health care technologies used in the FHS and the CAPS. This is a qualitative research with a hermeneutic approach conducted with adults who have severe mental disorders and mental health workers. Data collection was based on systematic observation and semi-structured interview and the analysis of narratives was based on the theoretical assumptions of Paul Ricoeur's hermeneutics. The results reveal that dialogue and listening produce senses and meanings in the balance of the mental health-disease process, and they also undertake a problem-solving therapeutic practice. It is believed that relational technologies show to be crucial for implementation and user's adherence to her/his comprehensive and humanized care.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Comprehensive Health Care.

.....

RESUMEN

El Proyecto Terapéutico Singular (PTS) es un dispositivo tecnológico relevante en las prácticas de las redes de atención de salud. El uso del PTS en la promoción de salud mental requiere un análisis contextualizado del equipo multidisciplinario de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Este artículo describe la construcción del PTS en la atención de salud mental al individuo en crisis, con énfasis en las tecnologías de atención de salud utilizadas en la ESF y el CAPS. Se trata de una investigación cualitativa con abordaje hermenéutico realizada con adultos que tienen trastornos mentales graves y trabajadores de salud mental. La recogida de datos se basó en observación sistemática y entrevista semi-estructurada y el análisis de las narrativas se basó en los supuestos teóricos de la hermenéutica de Paul Ricoeur. Los resultados revelan que el diálogo y la escucha producen sentidos y significados en el equilibrio del proceso salud-enfermedad mental, y también emprenden una práctica terapéutica resolutoria. Se cree que las tecnologías relacionales muestran ser cruciales para la implementación y la adhesión del usuario a su cuidado integral y humanizado.

Palabras clave: Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Atención Integral de Salud.

.....

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde sofreu uma inversão a partir da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS), quando a organização dos serviços e as práticas de saúde foram influenciadas por propostas como a garantia de acesso universal e de assistência integral. Entretanto, ainda são observados processos de trabalho fragmentados, monodisciplinares e relações hierárquicas nos serviços de saúde¹.

Seja na Atenção Primária à Saúde (APS) ou em serviços complexos e especializados, como, por exemplo, a atenção à saúde mental, as práticas demandam inovação. Ainda nos deparamos com trabalhadores que demonstram grande dificuldade com o trabalho em equipe, a interação com o coletivo e a sobreposição de saberes, sob os valores e a cultura de uma clínica pautada no modelo tradicional e prescritivo, interferindo significativamente na qualidade do cuidado no SUS².

O processo de mudança do modelo de atenção à saúde alcança maior proporção quando analisado sob a óptica do cuidado integral, que opera com dimensões como acesso,

acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e resolubilidade³.

Nessa perspectiva, o Projeto Terapéutico Singular (PTS) apresenta-se como uma ferramenta inovadora na promoção do cuidado integral em saúde mental, seja na APS ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Na intersecção entre os níveis de atenção à saúde, o Apoio Matricial (AM), enquanto suporte especializado à Estratégia Saúde da Família (ESF), favorece a união do coletivo de atores envolvidos na construção do PTS.

Por meio da Portaria n. 147/1994, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto Terapéutico (PT) como conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados à recuperação do paciente desde sua admissão até sua alta. Houve, também, o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados às características da clientela, visando a compatibilizar a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Isso envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que possibilita o encaminhamento do paciente, após a alta, para a continuidade do tratamento⁴.

O PT pode ser utilizado ora como dispositivo, ora como estratégia de organização do processo de trabalho das equipes de saúde. Como dispositivo, promove reflexões entre os profissionais sobre sua prática. Como estratégia, projeta novas formas para organizar a gestão e o processo de trabalho⁵.

A elaboração do PTS envolve atuação individual e coletiva. Para tanto, mostra-se fundamental a organização do processo de trabalho que favoreça momentos de encontro entre os profissionais para pensar o PTS, pautando-se na avaliação do caso clínico de forma ampliada, com objetivos terapêuticos, propostas de intervenção e avaliação de resultados. Seu planejamento deve incluir ações que favoreçam a participação ativa do usuário e de sua família, promovendo maior autonomia e compartilhamento de informações e saberes⁶.

Os usuários em situação de crise, em sofrimento psíquico grave, demandam dos profissionais e dos serviços de saúde tecnologias de cuidado que promovam autonomia, corresponsabilização e cuidado resolutivo.

As tecnologias do cuidado são categorizadas como duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são as relacionadas às máquinas (raio X, mamografia etc.), as leve-duras são relacionadas ao conhecimento técnico dos profissionais e as tecnologias leves também são chamadas relacionais, pois se pautam no vínculo e na corresponsabilização pela saúde do usuário⁷.

O cuidado na área da saúde mental busca atingir a integralidade por meio de novas estratégias, no que diz respeito às tecnologias relacionais como ferramentas práticas implicadas no estabelecimento das interações nos cuidados em saúde⁸.

No espaço das tecnologias leves, o profissional da saúde se coloca diante do outro na relação terapêutica (o usuário). A partir dessa perspectiva, a própria conversação constitui um campo de conformação de tecnologias⁸.

Nesse contexto, analisa-se como se dá o processo de construção do PTS na atenção à saúde mental com usuários em crise.

METODOLOGIA

Esta pesquisa qualitativa analisa o PTS em suas múltiplas dimensões, tendo por base os pressupostos teóricos da hermenêutica de Paul Ricoeur⁹. O foco da abordagem hermenêutica é a compreensão do texto, buscando esclarecer a multiplicidade de significados, o que é confuso, oculto, fragmentado.

O cenário da pesquisa foi Fortaleza, a capital cearense, localizada no litoral norte do estado; sua população é estimada pelo IBGE em cerca de 2.600.000 habitantes¹⁰.

O cuidado na área da saúde mental busca atingir a integralidade por meio de novas estratégias.

A cidade se encontra dividida, administrativamente, em 6 Secretarias Executivas Regionais (SER). A rede assistencial municipal tem a ESF como eixo estruturante.

No que diz respeito à atenção em saúde mental, até 2005 a cidade contava com apenas 3 CAPS geral tipo II, nas SER III, IV e VI. A partir do referido ano, observa-se a ampliação de sua rede assistencial. Foram implantados outros 3 CAPS geral tipo II nas SER I, II e V; 6 CAPS-AD, um em cada regional, voltados ao cuidado de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas; além de dois CAPSi, voltados ao atendimento de crianças e adolescentes, sendo um instalado na SER III, atendendo às regionais ímpares e outro na regional IV, como referência para as SER pares.

A pesquisa foi realizada em CAPS geral, voltado a adultos com transtornos mentais graves e severos, de Fortaleza. Além de duas unidades de saúde da ESF, participantes do apoio matricial em saúde mental. Os dois equipamentos estão situados especificamente na SER IV.

Os participantes do estudo provêm de 4 grupos, contemplando usuários e profissionais da saúde mental, e totalizaram 21 entrevistados. O grupo I foi composto por 3 profissionais com formação universitária que atuam no CAPS geral da SER IV e ocupam a função de matriciadores no campo da saúde mental na ESF. O grupo II foi composto por 10 profissionais com formação universitária que atuavam na APS, na ESF e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e que participaram do matriciamento em saúde mental. O grupo III foi composto por 4 usuários que trouxeram demanda de cuidado em saúde mental à ESF e que participaram do matriciamento. O grupo IV foi composto por 4 usuários que também demandaram cuidado em saúde mental, porém, não passaram pelo matriciamento.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação sistemática e entrevista semiestruturada. As observações foram anotadas em diário de campo e analisadas conjuntamente com as narrativas das entrevistas, servindo estas como complementação e aprofundamento de questões. Essa técnica se mostra importante por possibilitar que o pesquisador acompanhe o cotidiano do serviço e seus fluxos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP/UECE) sob o Parecer

n. 17.963 e o CAAE n. 01249112.5.0000.5534. Os usuários e profissionais selecionados para a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as Resoluções n. 196/1996 e 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹¹, respeitando os 4 princípios básicos da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

Este estudo seguiu os passos da análise de narrativa propostos por Paul Ricoeur⁹. A interpretação é processual e segue estas etapas: transcrição das entrevistas em texto, interpretação superficial, análise estrutural e compreensão abrangente do texto. Esse processo remete à imagem de uma espiral, visto que a proposta é de pontos de encontro no texto que se relacionam com o todo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As narrativas apontam que os profissionais proporcionam diálogo e escuta na ESF, produzindo sentido para o usuário que busca compreender seu estado de saúde mental, com a finalidade de empreender a terapêutica e a intervenção resolutiva. Isso indica que a conduta profissional é de compromisso e respeito para com o outro. No entanto, há pessoas na sala de espera e estas qualificam o atendimento como demorado:

Ele conversa muito com você, ele parece um psicólogo. Ele conversa, conversa, por isso ele demora, porque ele conversa, conversa, conversa... Aí quem está lá fora acha que ele está custando, mas ele está conversando pra descobrir, para não passar medicação errada... Qualquer erro de um médico cai em cima do médico, então ele conversa, examina você, examina você de ponta a ponta, com toda tranquilidade. Embora ele tenha dor, tem dia que ele está com dor você não nota, coluna... Ele vai, está (para) atender e não falta.

A tecnologia do cuidado não é apenas uma aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, trata-se, também, de uma decisão sobre o que pode e deve ser feito. Nessa perspectiva, pode-se pensar que os profissionais da saúde constroem mediações constantemente em sua prática⁸.

Apreendemos na narrativa desse usuário a satisfação pelo cuidado recebido, uma corresponsabilização com os remédios prescritos pelo médico. Afirma que vai ao médico de 3 em 3 meses, sendo atendido prontamente, o que revela sentimento de satisfação:

Meu tratamento é ótimo! Vou lá e ele passa os remédios e eu tomo, quando acaba, vou de novo,

de três em três meses. É um ótimo médico, legal ele, não tenho o que reclamar. A gente é atendido logo, a gente vai logo, não tem o que dizer.

A narrativa do usuário revela que ele avalia positivamente seu atendimento, porém, há um paradoxo, pois o atendimento trimestral disponibiliza pouco tempo para diálogo e estabelecimento de vínculo. Cuidado e vínculo são categorias de tecnologia leve em saúde^{12,13}. Esse tipo de tecnologia considera as relações resultantes do trabalho em saúde por meio da produção de vínculo, acolhimento e gestão.

O vínculo é revelado na formação de laços afetivos entre profissionais da saúde e usuários, ou seja, o estabelecimento de acolhimento, confiança e facilidade de comunicação entre esses atores para atender às demandas de saúde em casos individuais, familiares ou comunitários¹². O vínculo depende do modo como os profissionais da saúde se envolvem no cuidado oferecido aos usuários, particularizando o processo de atendimento:

Eu fui uma vez (no CAPS), fiz um cartão, mas o atendimento foi, assim... Ele perguntou “qual remédio que a senhora toma?”, aí eu disse “tal”, então, ele me pediu a caixa, me pediu... “de quanto?”, eu disse “25”, aí passou a receita, me entregou e pronto. Eu digo “puxa, vida, não vou ficar aqui”, o homem nem olhou pra mim... Aí, aqui, perguntaram se eu não queria fazer o tratamento lá. Eu toda vida fui uma pessoa muito... de dizer a verdade, e o doente mental, ele não mente, ele só fala a verdade. Aí ele disse assim “a senhora gostaria...”, eu disse “não”. Sabe por que eu não gostaria? Porque eu fui só uma única vez e o rapaz não olhou nem pra mim. Esperei, esperei, esperei, chegou minha vez, ele perguntou o que eu tomava, aí, eu disse tudo, ele me deu a receita e eu fui embora. Eu me senti, assim, ali era como quem tava botando milho pra galinha, se a galinha comeu, comeu, se não comeu... Aí, eu vim pra cá [ESF]. Aí, o doutor, eu me identifiquei muito com ele, é o médico daqui, nesse instante eu perguntei por ele.

***O vínculo é revelado
na formação de
laços afetivos entre
profissionais da saúde
e usuários.***

O acolhimento e o vínculo funcionam como dispositivos que (re)constróem as relações nas práticas de saúde, resgatando um atendimento integral e humanizado e produzindo uma responsabilização clínica e sanitária, bem como uma intervenção resolutiva. Sem acolher e vincular não se observa essa responsabilização¹⁴.

O estabelecimento do vínculo possibilita que a negociação leve a um consenso entre necessidades e responsabilidades, evitando tanto que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador como que seja limitado ao desejo do usuário. O vínculo contempla ambas as perspectivas em busca da melhor conduta de atenção à saúde¹⁵.

A minha psicóloga ela foi ótima, até me apeguei muito com ela e sofri muito ao ter que me separar dela, sofri muito. Senti muita falta dela, porque ela virou uma amiga pra mim. Era assim... O que eu não tinha coragem de falar pra ninguém eu me abria com ela. Ela dizia que acreditava em mim, tudo que eu quisesse... Que eu tinha esquisitice, eu tenho muita esquisitice, aí as pessoas da minha família que eu ia tentar me abrir ficava falando assim, pra mim deixar disso... E ela não, ela ouvia, entendia, ela ouvia, entendia. Ela dizia: “pode ficar à vontade”. Se eu quisesse chorar, ela deixava eu chorar bastante.

Entretanto, ainda se mostra muito presente o modelo biomédico como aquele que rege a prática dos profissionais da saúde, seja na ESF, no NASF ou mesmo no CAPS. É um paradigma relacionado à dimensão do cuidado físico, inclusive o atendimento da pessoa em sofrimento psíquico somente nas questões orgânicas, pois apenas assim a pessoa se torna visível. Acrescenta-se que a escolha privilegiada do modelo biomédico por esses profissionais está relacionada à sua formação acadêmica e profissional, em razão de serem em explicação lógica da doença e da cura¹⁶.

Eu soube que o CAPS lá tinha todo o suporte pra me deixar uma pessoa normal, entre aspas, né? Quem toma remédio nunca é normal, entendeu? Eu fui encaminhado pelo doutor... Aquele alto, como é o nome dele? Aquele grandão (médico da ESF). Eu estava há cinco meses sem dormir, tomando só os remédios, estava doido que eu pegava assim... Agora não, eu estou bom, que eu não faço mais isso, quer dizer, eu acho que não faço mais. Pegava as fezes dos outros pra comparar com a minha, sabe? Eu mesmo queria ser o médico, né? Pegava nos pulsos dos outros, no coração dos outros e lá vai, e mostrava a língua, pra ver se tava normal. Sei

que eu peguei uma crise bem forte, viu? Paciente de crise aguda.

As necessidades de saúde mental já são visíveis para as equipes da ESF, no entanto, ainda não se incorporaram às práticas dos profissionais, exceto em situações pontuais, com ações relativas à medicação como o fazer mais valorizado na atenção à pessoa em sofrimento psíquico. Ficou evidente que o recurso da medicalização como única possibilidade compromete a resposta às dificuldades apontadas pelas equipes da ESF na abordagem de situações complexas envolvendo as pessoas com transtornos mentais e seus familiares¹⁶.

O cuidado integral e resolutivo deve pautar-se em recursos que vão além da prescrição medicamentosa. Valoriza-se o diálogo, a escuta, o saber do usuário e de seu familiar, além da educação em saúde e do apoio psicossocial¹⁷.

No processo de construção do PTS, mostra-se necessário o diálogo acompanhado por uma escuta qualificada. Na medida em que se compreende a complexidade da demanda trazida pelo usuário, é possível pensar conjuntamente um plano terapêutico, pautado na clínica ampliada e na integralidade do cuidado em saúde.

A gente vai conversando com o paciente e tentando puxar alguma coisa pra fechar algum tipo de diagnóstico, já pensando no plano terapêutico. Aí, em seguida, o paciente se retira da sala, a equipe conversa e tenta ver o plano terapêutico da paciente, se precisa só da medicação, se precisa de algum outro tipo de terapia, terapia de grupo, alguns outros encaminhamentos. É esse trabalho que a gente faz, como eu te falei, que a gente senta e discute.

Nas observações do campo empírico foi possível acompanhar essa dinâmica das reuniões do matriciamento. Esse arranjo organizacional promove espaço fértil para a reunião da equipe multiprofissional tanto da equipe especializada de matriciadores do CAPS como da equipe da ESF. Isso gera discussão do caso e seus devidos encaminhamentos

*Valoriza-se o diálogo,
a escuta, o saber
do usuário e de seu
familiar, além da
educação em saúde e
do apoio psicossocial.*

após esclarecer melhor a demanda diretamente com o usuário. Com maiores dados da demanda e em uma perspectiva interdisciplinar, o plano terapêutico é esboçado de acordo com a singularidade do usuário. O matriciamento em saúde mental promove espaço fértil para a discussão e construção do PTS.

Ainda com base nas observações, corroboradas pela narrativa, a participação do usuário é incipiente. No momento-chave de discussão para a construção do PTS, o usuário é convidado a se ausentar da sala para que os profissionais definam entre si o que será melhor para seu tratamento. A implementação desse dispositivo deve favorecer o protagonismo e a autonomia do usuário. No processo de gestão do cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental e, em especial, nas situações de crise, predominam os encaminhamentos aos profissionais ou serviços especializados:

Eu vejo mais como isso, exatamente, como um plano terapêutico, que a gente já deixa feitos os encaminhamentos, a gente já dá uma solução no momento para o paciente, você vai ser acompanhado por tal profissional, você vai tomar o medicamento tal. [...] Então, a própria equipe se reúne após a explanação do paciente e a gente vê a necessidade. Por exemplo, é um paciente que ele é ansioso, depressivo, mas ele é obeso, então, já vamos deixar encaminhada uma consulta com a nutricionista. É um paciente que é esquizofrênico, mas ele não tem condições de ser acompanhado e tudo, então, vamos deixar agendado com a assistente social, pra avaliar as condições financeiras. Então, a gente já faz os encaminhamentos na própria reunião do matriciamento.

O território de atuação das equipes pesquisadas se mostra carente de ações de saúde em uma perspectiva comunitária. A intervenção grupal apresenta-se como uma potente ferramenta na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida dos usuários da rede de saúde. A atividade grupal conta com a diversidade de recursos como atividades expressivas, corporais, biodança, relaxamento, oficinas de arte-identidade, dentro outros. Além de promover a ampliação das redes de apoio formal e informal e a participação comunitária¹⁸.

Nessa perspectiva, desde 2008, a APS conta com os NASF, equipes multiprofissionais de diversas categorias na perspectiva da integralidade do cuidado e propõe-se a oferecer apoio e suporte especializado às equipes da ESF. A Portaria n. 154 do Ministério da Saúde preconiza que, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos

A intervenção grupal apresenta-se como uma potente ferramenta na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida dos usuários.

mentais, recomenda-se que cada NASF deva contar com pelo menos um profissional da saúde mental em suas equipes¹⁹.

Os NASF devem integrar-se à rede de saúde, inclusive aos serviços de saúde mental, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes da ESF. Dentre as ações de saúde mental a ser adotadas pelo NASF destacam-se: priorizar as abordagens coletivas; ampliar o vínculo com as famílias, tornando-as parceiras no tratamento; desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade; evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns na vida cotidiana; fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção antimanicomial; discutir com as equipes da ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação às questões subjetivas; e melhoria da qualidade do cuidado a grupos de maior vulnerabilidade¹⁹.

O planejamento e a gestão do cuidado se tornam efetivos à medida que se sustentam nas diversas possibilidades e tendências de trabalho e intervenção. A natureza dinâmica e dialética tende a impedir a normatividade imposta por saberes, instituições e poderes. O conflito permitido é fomentado pelo favorecimento das trocas de experiências, anseios e vontades que regem a subjetividade humana e social²⁰.

O apoio matricial provoca a expansão de territórios de vida na medida em que amplia espaços de inserção e interação na própria comunidade, promovendo mudança no itinerário do sujeito em crise na rede de cuidados. Desse modo, favorece a inversão de uma lógica manicomial para ações de saúde nos serviços territoriais. O apoio matricial pode contribuir para evitar situações de crise ou mesmo o agravamento de quadros no campo da saúde mental, constituindo importante instrumento de prevenção a situações de crise²¹. Nessa mesma perspectiva, o PTS se coloca em cena como um dispositivo capaz de apontar ações pautadas em uma clínica ampliada e de base territorial.

Acrescenta-se, ainda, que o Ministério da Saúde recomenda que a construção do PTS dos usuários deve contemplar a implementação de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios

de cidadania com o objetivo de promover a diminuição do estigma e a estimulação do protagonismo de cada usuário em relação à sua vida⁶.

Nas narrativas, as intervenções se pautam na integralidade à medida que promovem relações interpessoais e o convívio social-comunitário. O profissional revela, em sua narrativa, que o incentivo ao relacionamento amoroso e à ampliação do ciclo de amizades, mesmo não estando pautada na clínica tradicional, mostra-se condizente com a finalidade de promover qualidade de vida do usuário e ampliar a rede informal:

Teve um apoio matricial que a menina reclamava que ela era muito só, que ela não estava conseguindo sair de casa, que tudo dela era da igreja. Aí, o médico foi e disse que ela precisava ocupar mais espaços, além da igreja ela precisava fazer outras coisas, ela precisava inclusive namorar mais, paquerar mais, não sei o quê, não sei o quê... Era terapia? Não era, mas também não deixava de ser. [...] Não é como você sente e "tá bom, aqui no CAPS a gente tem isso, isso e isso".

Na narrativa, apreendemos que há interação entre profissionais e usuários a fim de juntos buscarem caminhos para proporcionar melhor qualidade de vida à usuária. A queixa é a solidão, a dificuldade de vincular-se, então, a própria intervenção ao estabelecer o vínculo já passa a ser terapêutica.

Uma categoria importante relativa às tecnologias leves é o vínculo. Ele resulta da disposição de acolher uns e da decisão de buscar apoio em outros. O vínculo é, portanto, a circulação de afetos entre as pessoas²². Dessa forma, o vínculo apresenta-se como ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado em saúde mental, em especial no cuidado aos sujeitos em crise, pois favorece a negociação entre os atores envolvidos nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das narrativas dos sujeitos da pesquisa e a observação no campo empírico permitem tecer considerações quanto ao cuidado de usuários com transtornos mentais em situação de crise e às tecnologias de cuidado envolvidas.

Com base nas premissas da Reforma Psiquiátrica, os serviços substitutivos devem garantir o cuidado aos usuários do campo da saúde mental no SUS em uma perspectiva integral. O que se percebe no estudo é que o serviço hospitalar ainda é a referência para os usuários com transtorno mental em situação de crise. Entretanto, o setor de emergência dos hospitais gerais ou mesmo os hospitais especializados para

*À medida que o
profissional se
vincula ao usuário,
ele acolhe e torna-
se corresponsável
no processo saúde-
doença.*

atendimento às demandas de saúde mental se mostram pouco preparados. Os usuários se queixam da postura verticalizada nas intervenções dos profissionais da saúde, ainda médico-centrada e tendo a medicação como recurso predominante e quase exclusivo nas intervenções terapêuticas.

Contudo, o discurso toma outra nuance, em geral, quando os mesmos usuários relatam o cuidado recebido nos serviços substitutivos em nível especializado no CAPS e em APS por meio das equipes da ESF. Observa-se um despertar dos profissionais dos referidos equipamentos no que diz respeito ao vínculo, ao acolhimento e à corresponsabilização em prol de uma intervenção integral diante da demanda dos usuários do campo da saúde mental.

A intervenção pautada nas tecnologias leves, também denominadas relacionais, mostra-se disparadora de uma intervenção terapêutica resolutiva e promotora de autonomia do usuário. À medida que o profissional se vincula ao usuário, ele acolhe e torna-se corresponsável no processo saúde-doença daquele que busca cuidado no serviço, seja no CAPS, na ESF ou no NASF.

Evidenciou-se que os usuários de saúde mental ainda não contam com participação proativa no processo de construção do PTS, o que acaba por comprometer sua efetivação e a adesão do usuário ao que foi proposto.

Com base no exposto, mostra-se necessário que as equipes da ESF, com profissionais considerados de referência, responsáveis pelos usuários no território adscrito, sejam instrumentalizadas para o cuidado em saúde mental. Para isso, o apoio matricial se destacou como dispositivo capaz de suprir a lacuna de suporte especializado aos profissionais da APS e disparador da construção do PTS. Com o funcionamento efetivo dos serviços substitutivos, torna-se possível evitar agravos e promover qualidade de vida aos usuários no campo da saúde mental. Isso se reflete sobremaneira no número de usuários em situação de crise que recorre aos hospitais e à medicação como recurso predominante de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* [serial on the internet]. 2002 [cited 2016 Nov 13];9(1):25-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>
2. Furtado JP, Onocko-Campos R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [serial on the internet]. 2005 [cited 2016 Nov 13];8(1):109-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v8n1/1415-4714-rlpf-8-1-0109.pdf>
3. Franco TB, Magalhães Júnior EM. Integralidade na assistência à saúde: organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, organizer. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 125-34.
4. Brasil. Portaria SAS n. 147, de 25 de agosto de 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
5. Oliveira GN. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Brasil. *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
8. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2004 [cited 2016 Nov 13];8(14):73-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>
9. Ricoeur P. *Do texto à ação: ensaios de hermenêutica*. Porto: Rés; 1989. v. 2.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados: cidades [document on the internet]. 2016 [cited 2016 Nov 13]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
11. Brasil. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
12. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 1998 [cited 2016 Nov 13];14(4):863-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>
13. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
14. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizers. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 37-54.
15. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2007 [cited 2016 Nov 13];23(1):75-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/08.pdf>
16. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2009 [cited 2016 Nov 13];25(9):2033-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>
17. Araújo LN, Bandeira ACN, Rocha NNV, Mororo FWP, Cavalcante JHV, Albuquerque JTPJ. Projeto terapêutico para usuário de múltiplas substâncias na atenção à saúde mental: relato de experiência. *Sanare* [serial on the internet]. 2015 [cited 2016 Nov 13];14(2):130-4. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/837/508>
18. Chaves FL, Paiva RFL, Diniz AM, Sousa MLT, Castro MG, Freitas JD, et al. Experiências com grupos na Estratégia Saúde da Família: contribuições da psicologia. *Sanare* [serial on the internet]. 2009 [cited 2016 Nov 13];8(2):83-90. Available from: <file:///D:/22-35-1-SM.pdf>
19. Brasil. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
20. Guizardi FL, Pinheiro R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizers. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/Abrasco; 2006. p. 37-56.
21. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface Comun Saúde Educ* [serial on the internet]. 2016 [cited 2016 Nov 13];20(58):625-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150389.pdf>
22. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

Recebido em 08/10/2016 Aprovado em 08/11/2016

