

**CLÍNICA AMPLIADA:
RECURSOS TERAPÊUTICOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DE SANTA CATARINA**

Extended Clinic:

*Therapeutic resources in Centers for Psychosocial Care of a northern city of
Santa Catarina, Brazil*

Tania Maris Grigolo¹

Camila Pappiani²

*Artigo encaminhado: 05/05/2014
Aceito para publicação: 03/12/2014*

RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo os recursos terapêuticos do técnico de referência e projeto terapêutico singular utilizados na atenção psicossocial para a prática da clínica ampliada, a partir da perspectiva dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município da região norte do estado de Santa Catarina. Situa-se no âmbito das pesquisas qualitativas e a coleta de dados ocorreu por meio de grupos focais, realizados nos CAPS II e AD, com o consentimento dos profissionais participantes. Os relatos foram distribuídos em categorias verificando a perspectiva dos profissionais sobre a clínica ampliada, a utilização dos recursos terapêuticos na sua atuação profissional, a utilização do técnico de referência e do projeto terapêutico singular e a avaliação sobre a ampliação do grau de autonomia dos usuários, a partir do trabalho pautado na clínica ampliada. Os resultados da pesquisa destacaram que os profissionais presentes no grupo focal realizado no CAPS II demonstraram conhecimento do tema e apropriação de recursos da clínica ampliada como o matriciamento, atividades terapêuticas alternativas às tradicionais e enfatizaram a ampliação da autonomia dos usuários como objetivo de suas atividades. No CAPS ad os profissionais demonstraram

¹ Doutora em Psicologia Clínica e Cultura. Professora do Curso de Psicologia do CESUSC e professora colaboradora do Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UFSC). Consultora em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. E-mail: taniamgrigolo@gmail.com

² Mestranda em Saúde Coletiva (FURB), Especialista em Saúde da Família e Saúde Mental (Uniassevi), Psicóloga do CAPS II de Jaraguá do Sul e Professora de Processos de Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde (FAMEBLU). E-mail: camilapappiani@yahoo.com.br

dúvidas sobre a clínica ampliada e seus recursos, porém, atuam com técnico de referência e utilizam o recurso do projeto terapêutico singular.

Palavras-chave: Saúde Mental; Clínica Ampliada; Projeto Terapêutico Singular; Técnico de Referência.

ABSTRACT

This research aimed at studying the therapeutic resources used in psychosocial care for expanded clinical practice, from the perspective of professionals from the Centers for Psychosocial Care (CAPS), in a municipality in the northern region of the state of Santa Catarina, Brazil. This is a qualitative research and data collection occurred through focus groups with mental health professionals, conducted in CAPS II and AD. The results were distributed in categories verifying professionals' perspectives on the concept of expanded clinic, the use of therapeutic resources in their professional practice, the use of reference therapist and evaluation on the persons' degrees of autonomy. The results highlighted that CAPS II professionals demonstrated knowledge of the subject, and appropriated resources of the extended clinic, such as matrix work, using them as alternatives to the traditional therapeutic activities, and emphasized the increase of clients' autonomy. CAPS ad professionals showed doubts about the expanded clinic practice and its resources, however, they worked with reference therapist resources and single therapeutic projects.

Keywords: Mental Health; Extended clinic.; Single therapeutic project; Reference therapist.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira provocou alterações significativas na assistência em saúde mental no país, implementando uma rede substitutiva de serviços de atenção ao sujeito com sofrimento psíquico e ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Para a efetivação deste modo de fazer a atenção em saúde mental no território são necessárias ações que promovam cidadania, inclusão social e autonomia aos sujeitos. Neste sentido, a Clínica Ampliada é

uma prioridade, pois implica uma prática que enxerga o sujeito em sua complexidade e entende que todos os profissionais de saúde, de forma integrada, realizam o cuidado em saúde mental.

A política nacional de saúde mental e de humanização do SUS, adotadas pelo Ministério da Saúde, colocam a clínica ampliada como uma diretriz para o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propondo diversos recursos a serem utilizados pelos profissionais na atenção em saúde, tais como privilegiar a atenção ao sujeito em seu território, o compartilhamento das ações terapêuticas e os recursos do técnico de referência (TR) e do projeto terapêutico singular (PTS).

Este estudo de natureza qualitativa buscou problematizar a clínica praticada pelos profissionais dos serviços de saúde mental e discutir os recursos utilizados para a prática da clínica ampliada, caracterizando o papel do TR e analisando a utilização do PTS, em um município da região norte de Santa Catarina. Sua importância relaciona-se com a possibilidade dos profissionais envolvidos refletirem sobre sua atuação nas equipes sob o referencial da clínica ampliada em um contexto onde a qualificação da clínica dos CAPS é fundamental, pois contribui para as transformações na atenção em saúde mental e coloca em permanente análise o futuro destes serviços.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil foi marcada pela exclusão e asilamento dos sujeitos considerados doentes mentais. Nos anos 70 inicia-se um amplo movimento social junto ao processo de abertura política brasileira, que se coloca contra a violência e as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos que centralizavam o atendimento em saúde mental no país. Sob influência principalmente da Psiquiatria Democrática Italiana, o Brasil desencadeia a reorientação do modelo assistencial que se encontra em curso até hoje. (BEZERRA JR., AMARANTE, 1992).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciado em 1978, através do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), traz propostas de transformação do sistema de assistência em saúde mental

(AMARANTE, 1998). Em 1986 ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, e o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, onde aconteceram importantes discussões de princípios e diretrizes para a implantação de serviços substitutivos ao modelo manicomial. Neste mesmo ano é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo.

A intervenção da Secretaria de Saúde de Santos, em 1989, na “Casa de Saúde Anchieta” foi um fato marcante na reforma brasileira. A intervenção neste hospital psiquiátrico iniciou um amplo e progressivo processo de mudança assistencial naquele município. Este fato teve repercussão nacional, pois foi a primeira intervenção direta do Estado na superação do modelo manicomial, gerando a implantação de uma rede de serviços substitutivos: os NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial (OLIVEIRA, 2009). Nos anos 90 é assinada a Declaração de Caracas, que propunha a reestruturação da atenção em saúde mental na América Latina e Caribe e ocorre a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse período são regulamentados os primeiros serviços de atenção diária, porém mais de 90% dos recursos da saúde mental continuavam destinados aos hospitais psiquiátricos.

Fundamentado nas propostas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) propõe, em 1989, um projeto de lei que foca os direitos dos usuários de saúde mental e a extinção progressiva dos manicômios. O projeto produz debates com a sociedade e amplia a visibilidade sobre a política de saúde mental no Brasil. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o projeto gerou a lei 10.216 sancionada em abril de 2001.

Em 2002 entra em vigor a portaria 336/GM, onde são definidas as modalidades de CAPS e destinados recursos próprios para o seu funcionamento. Os CAPS tornam-se, a partir daí, responsáveis pela organização da demanda e do cuidado em saúde mental no seu território. De 2002 a 2010 acontece uma grande expansão da rede de atenção em saúde mental, aumentando e interiorizando os CAPS. A reorientação do financiamento passou em 2006 a se direcionar mais para a rede comunitária do que para os hospitais.

Em 2011, a portaria 3.088/GM institui a RAPS, que propõe a integralidade das ações de saúde mental pela articulação entre serviços diversificados envolvendo o CAPS, a Atenção Básica, os serviços de urgência e emergência, os serviços residenciais, a atenção hospitalar e as ações de reabilitação psicossocial.

O atual momento da Reforma Psiquiátrica brasileira é de evidente avanço e delicadeza, pois possibilita uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos através de diversos serviços abertos e comunitários, que objetivam o fortalecimento dos laços sociais, ao mesmo tempo em que ainda enfrenta as concepções do modelo manicomial incorporado na formação dos profissionais e na cultura e constrói novos referenciais e uma nova clínica.

3 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Os CAPS são serviços estratégicos da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, fazem parte do SUS e são responsáveis pela organização do cuidado em saúde mental no território, participando da articulação de toda a rede de assistência. São os locais de referência e tratamento para as pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e prejuízos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, atendendo a população de seu território de abrangência, visando à reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, cidadania, e fortalecendo os laços sociais e familiares. Os CAPS diferem principalmente quanto ao tamanho e especificidade da demanda. Os CAPS II voltam-se para o atendimento de adultos com transtornos mentais graves, os CAPS ad para o uso prejudicial de álcool e outras drogas, os CAPS I, para o atendimento da infância e adolescência e os CAPS I, em municípios menores, contemplam tanto a atenção ao sofrimento psíquico grave como o uso prejudicial de álcool e drogas.

O cuidado em saúde mental deve contemplar o sujeito de forma integral através de atendimentos por equipe multiprofissional, de forma personalizada, com acolhimento, grupos terapêuticos, oficinas, atividades de esporte, cultura e lazer, atendimento médico e psicológico, orientação familiar, parcerias

intersetoriais, sempre visando à ampliação da autonomia, a reinserção social e o resgate da cidadania. De acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, o cuidado foi direcionado dos hospitais para a comunidade, sendo também função do CAPS articular este movimento através da integração com os dispositivos do território. A rede básica de saúde, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), é o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento aos transtornos mentais, pois as equipes de saúde da família são referências para a população para todo cuidado em saúde. (BRASIL, 2004).

É papel do CAPS interagir com as equipes da atenção básica, assim como realizar o compartilhamento da responsabilidade pelos casos atendidos através do apoio matricial, isto é, a orientação, o atendimento em conjunto, a capacitação, as visitas domiciliares, entre outras atividades compartilhadas.

O CAPS é meio, caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido numa ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho. (YASUI, 2007, p.159)

4 CLÍNICA AMPLIADA

Conforme Lancetti e Amarante (2006), com as atuais diretrizes recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), diferentes profissionais são necessários para intervir nos processos de reabilitação das pessoas em sofrimento psíquico, para que cada vez menos se separe a saúde física da saúde mental. Saraceno (1997) aponta diversas variáveis determinantes da enfermidade mental, como diagnóstico, idade, agudeza ou cronicidade do quadro, história, capacidade intelectual, status social, condição de solidão, sexo, recursos do sujeito e do meio onde está inserido, recursos do serviço e do contexto da atenção. Neste sentido, é necessário um trabalho clínico que não compreenda o sujeito apenas em um diagnóstico, mas em suas diferenças e particularidades, ampliando o objeto de trabalho ao contexto de sua vida do, sua história, subjetividade, família e território.

Como afirmam Milhomem e Oliveira (2007), o adoecimento psíquico é um fenômeno complexo e multifacetado, tendo variadas causas e exigindo que as formas de tratamento sejam as mais diversas possíveis, justificando a necessidade de uma ampla gama de atividades terapêuticas nos CAPS e na rede de atenção à saúde. Diante disso, a saúde pode ser pensada como processo de produção social, onde os serviços de saúde são responsáveis por oferecer ações entre usuários e comunidade que promovam o bem estar dos sujeitos e a diminuição do preconceito, transformando mentalidades e cultura e, principalmente, ampliando o grau de autonomia dos usuários.

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas em sua vida. (BRASIL, 2007)

A clínica ampliada, desta forma, visa à singularidade dos sujeitos, busca a produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia, através da construção de vínculos, integração da equipe multiprofissional, ampliação dos recursos de intervenção no processo saúde–doença e elaboração de projetos terapêuticos de acordo com a vulnerabilidade de cada caso.

Segundo Onocko-Campos e Gama (2006) o conceito de clínica ampliada tenta dar conta dos aspectos relacionados ao adoecimento além do biológico, articulando condutas terapêuticas discutidas por uma equipe multiprofissional, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS pressupõe um aprofundamento da discussão do problema, das ações e do envolvimento das diversas partes do processo como a implicação da família e os recursos da equipe e do território, assim como do próprio usuário.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2007 p.40)

De acordo com Furtado e Miranda (2006) o PTS é construído a partir de diversas perspectivas, incluindo a interação entre o usuário e seu profissional de referência. O sucesso do PTS está ligado à ampliação da clínica, garantindo que o plano subjetivo, social, familiar e laboral sejam sempre articulados pelo Técnico de Referência (TR). Conforme estes autores, o dispositivo TR apoia-se na concepção de que um profissional aproxime-se de certo número de usuários para assisti-los de modo singular, acompanhando e reavaliando seu PTS. Nesta perspectiva, é um arranjo baseado na interdisciplinaridade e no vínculo entre profissionais e usuários, fundamentados na proposta da clínica ampliada, através do compromisso com o sujeito e sua singularidade, na articulação com a família, trabalho e cultura. Para a execução desta proposta na clínica da atenção psicossocial é necessário que os profissionais de saúde reconheçam as limitações do modelo biomédico, criando outras formas de intervenção que contemplem as diferentes demandas dos sujeitos e amplifiquem os avanços nas concepções práticas da atenção em saúde mental.

5 PESQUISA DE CAMPO

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, teve como objetivo analisar os recursos terapêuticos utilizados nos CAPS para a realização da clínica ampliada, na perspectiva dos profissionais, em um município do norte de Santa Catarina, caracterizando o papel do TR e do PTS. Como técnica de coleta de dados foi utilizado o grupo focal. O método qualitativo é indicado para lidar com informações que envolvem a subjetividade e o aprofundamento de temas. Segundo Iervolino (2001) os grupos focais são utilizados para avaliar conceitos ou identificar problemas, constituindo uma ferramenta que promove a problematização sobre um tema, a partir da interação grupal. Conforme Backes, 2011:

Os estudos que utilizaram o grupo focal demonstram ser esse um espaço de discussão e de troca de experiências em torno de determinada temática. Além disso, o grupo estimula o debate entre os participantes, permitindo que

os temas abordados sejam mais problematizados do que em uma situação de entrevista individual. (p.439)

Definiu-se como campo da pesquisa os CAPS de um município do norte de Santa Catarina (um CAPS II e um CAPS ad). Realizou-se um grupo focal em cada CAPS. Participaram dos grupos focais os profissionais que atuam nestes serviços e que estavam disponíveis no momento da atividade.

No CAPS II participaram três psicólogos, um terapeuta ocupacional, dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, dois assistentes sociais, um psiquiatra e a coordenadora do serviço. No CAPS AD participaram quatro psicólogos, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um terapeuta ocupacional. Para os grupos foi utilizado um roteiro com as seguintes questões:

1. O que vocês entendem por Clínica Ampliada?
2. Vocês percebem a utilização de recursos da Clínica Ampliada neste serviço? Quais?
3. A equipe trabalha com o dispositivo Técnico de Referência? Como é este trabalho?
4. Utilizam Projeto Terapêutico Singular?
5. Quais os objetivos de trabalharem com este recurso?
6. Qual o papel do Técnico de Referência junto ao Projeto Terapêutico Singular neste serviço?
7. Como vocês avaliam que a Clínica Ampliada esteja atuando na ampliação da autonomia dos usuários?

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (1977). Para esta autora, analisar através de categorias ou temas é rápido e eficaz desde que aplicado a discursos diretos e simples. "A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça" (BARDIN, 1977, p. 44). Conforme esta autora, para que a informação seja manejável, é preciso tratá-la de maneira a agrupá-la por classificação, veiculando informações adequadas ao objetivo da pesquisa, representando a informação de forma condensada. Dentre as técnicas de análise de conteúdo, a análise por categorias é a mais antiga, mas ainda muito

utilizada, desmembrando o texto em categorias e reagrupando de forma analógica.

6 RESULTADOS

Nesta pesquisa o conteúdo dos grupos focais foi analisado a partir de cinco categorias, contemplando os objetivos da pesquisa.

6.1 Clínica Ampliada: a perspectiva dos profissionais dos CAPS

O Humaniza SUS (BRASIL, 2009) define a clínica ampliada (CA) como uma forma de atuação clínica onde se espera a ampliação da visão dos profissionais acerca da complexidade de cada sujeito, utilizando-se de diversas possibilidades na atenção às pessoas, integrando várias abordagens e percepções multiprofissionais, possibilitando, assim, um manejo mais eficaz da complexidade do trabalho em saúde. No CAPS II, diversos profissionais manifestaram suas ideias sobre o que seria a clínica ampliada, compartilhando conceitos e enfatizando algumas características deste modelo de atenção como: a amplitude da compreensão dos sujeitos, a importância da prática clínica diferenciada, além do convencional, e a correlação da clínica ampliada com o apoio matricial.

A CA é quando um saber, de uma profissão, não dá conta da compreensão de um ser humano. É necessário uma clínica ampliada e compartilhada para dividirmos diferentes saberes, diferentes olhares para um sujeito.

... É você ir além das práticas convencionais, ampliar, até pela própria complexidade que é um ser humano, se você ficar só ali centrada na clínica profissional, você não dá conta e restringe muito esse olhar, então é uma questão de ampliar a prática.

A CA sai do tradicional, daquela receita pronta dos protocolos, ela abre espaço pra construir outros caminhos que façam acontecer uma mudança positiva em relação ao transtorno, ao usuário e família. Ela constrói coisas que saem da instituição, para a busca de um melhor entendimento do usuário, esse ser complexo.

Eu não conheço esse termo CA, mas acho que tem a ver com o trabalho em rede, com o matriciamento. Não concentrar o usuário só em um serviço. É ampliar o tratamento do paciente pra não ficar só aqui no CAPS ... essa CA tem a ver com o usuário ser atendido em todos os serviços, ele tem outros problemas, tem que ser visto como um todo não o cara que tem só o transtorno mental, ele tem problemas clínicos também. Você amplia o tratamento do paciente não só aqui, mas fora também.

No CAPS ad os profissionais demonstraram mais dúvidas sobre o conceito de CA. “Deve ser... a que utiliza vários profissionais, uma equipe, porque amplia a visão do que vai ser observado, acho que deve ser por aí. Na faculdade eu ouvi esse termo, mas não sei dizer o que é, não lembro mais”.

Além... de ter vários profissionais no mesmo local, acho que também é a ampliação da responsabilidade pela conduta, sair de uma disciplina só, tipo área médica, as áreas psi, a psicologia, a psiquiatria ... ampliar a clínica pra além do processo diagnóstico e conduta, trabalhar a partir da perspectiva do sujeito, porque na clínica tradicional você faz a avaliação a partir da perspectiva do profissional, de forma verticalizada, e quando você transporta isso pra visão do sujeito você amplia, sai da clínica tradicional, do diagnóstico, prognóstico.

6.2 A utilização dos recursos da clínica ampliada

A CA utiliza diversos recursos terapêuticos, como a escuta e o vínculo, seus recursos maiores, e o apoio matricial, o TR e, principalmente, o PTS. No CAPS II pode-se observar a identificação destes recursos pelos profissionais: “As visitas que a gente faz nas outras instituições, hospitais, saber o que acontece lá fora, que a gente até então não sabia, não deixa de ser da clínica ampliada.”

Eu percebo, nesse envolver os usuários, o quanto essa CA é presente, alguns usuários quando começaram aqui não falavam, o quanto isso é concreto, aqui dentro mesmo, imagina ampliando para o matriciamento, pra CRAS, pra educação, o quanto isso aqui é visível.

O que eu mais vejo de diferença nos usuários é a fala, a comunicação deles com a gente, deles entre eles, é a coisa mais gritante pra mim na melhora. Quando eu cheguei eles não falavam, não pediam, não reclamavam.

Se não fossem outras possibilidades terapêuticas, não só a tradicional, medicação, psicoterapia individual, não teria esse resultado. O fato deles estarem se inter-relacionando propicia esse momento de falar. A própria visão de vários eventos culturais que a gente faz, o quanto isso não é só um evento, é uma prática terapêutica que traz benefícios, e nem sempre quem vê de fora entende que benefício isso vai trazer além de se reunir, como se só fosse algo recreativo. Acho que a gente ousar estas outras possibilidades, é utilizar a CA.

Os recursos terapêuticos de TR e PTS não foram citados enquanto recursos da CA. Os recursos lembrados foram o apoio matricial, as visitas institucionais, as possibilidades de práticas terapêuticas alternativas e o protagonismo dos usuários.

No CAPS ad, alguns profissionais também observaram a utilização de recursos da CA em sua prática:

As nossas reuniões, cada um tem uma formação, uma ideia sobre os assuntos, na enfermagem ... na psicologia é diferente, na assistência ... Até o grupo de cidadania que trabalha o sujeito, não só sua face da personalidade, mas também as outras dimensões do sujeito.

Embora a gente não faça uma compreensão teórico-acadêmica do conceito de CA, a gente aqui nesse serviço exerce, CA e com um certo grau de maturidade ... A gente tem aqueles limites, da prática médica em alguns momentos passar por cima da prática dos outros profissionais enquanto saber, mas enquanto conduta isso é bem diluído aqui dentro ... você vê parte do serviço social, da psicologia, da enfermagem, médica, essas condutas se juntam bastante na reunião. Além do grupo de cidadania a gente tem também a assembleia, é lógico que tem uma deficiência aí na constituição do PTS, que a gente se debate algum tempo, mas as nossas ações são bem permeadas pelos conceitos da CA sim.

Os profissionais enfatizaram como recursos da CA as reuniões de equipe, as práticas terapêuticas alternativas, assembleia dos usuários e, diferentemente da equipe do CAPS II, citaram a utilização, embora com dificuldades, do PTS.

6.3 A utilização do PTS

A utilização do PTS na clínica psicossocial visa propiciar uma atuação integrada da equipe no processo de trabalho dos CAPS. O PTS proporciona discussões sobre casos mais complexos, com objetivo de propor condutas terapêuticas articuladas em cuidado singularizado. No CAPS II a equipe relata diversas dificuldades na utilização deste recurso, muitas vezes apenas utilizado para inserir o usuário em um cronograma de atividades, sem discussão sobre o caso, sem elaboração de metas, ou seja, não se constituindo em um PTS, mas em uma lista de atividades. As discussões demonstraram conhecimento da equipe sobre o PTS, mas limitações na prática.

Você projeta algo, você projeta alguma coisa pra chegar em algum lugar. Quando a gente diz plano, fica mais ... emergencial. Projeto é ... você projetar junto com este individuo, com sua família, que caminhos nós vamos trilhar e onde queremos chegar ... não sei se a gente tem muito claro essa visão de projeto.

O nosso plano terapêutico aqui, é muito institucionalizador, a gente enche o usuário de atividade aqui dentro, daí a gente se sobrecarrega de atividades, quando a gente precisa fazer um plano terapêutico que inclua a comunidade, os recursos como o clube de mães, a gente não consegue sair. Tanto o usuário quanto a gente ta institucionalizado. Na verdade nosso discurso deveria ser extra muros.

Nós não conseguimos atender as demandas de todo o publico que chega aqui. Ainda tem muita rotulação dos pacientes de CAPS e isso é algo a ser mudado. Aqui a

gente trabalha uma série de questões, fortifica os usuários para se expressarem, e isso é um objetivo que tá sendo atingido, mas tá faltando fazer com que esse exercício seja feito fora do CAPS.

Não dá pra dizer também que a gente não funciona, não é só coisa errada, com os recursos que a gente tem a gente consegue muita coisa, mas eu acho que a gente precisa organizar. Fica cômodo assim, porque as atividades, as oficinas estão cheias, eles elogiam, agradecem. É preocupante quando eles dizem que o CAPS é como se fosse minha casa, que a única coisa que eu tenho é o CAPS, pra nós é prático, mas é ruim pensar que ... é como se eu fosse uma filha pra aquela usuária, só que eu não vou passar a minha vida inteira aqui no CAPS. E depois? Isso não é autonomia. A gente precisa ir mais fora da casinha, da casa como a instituição, o CAPS.

A gente sempre tá ocupado, essa é a desculpa de todos nós aqui, e a gente tá ocupado justamente por não ter escutado muito aí, ... os problemas ... estouram numa proporção muito maior, que a gente poderia ter evitado se já tivesse feito a escuta.

A equipe do CAPS II enfatizou a percepção de que o PTS deve se expandir para além dos muros do CAPS, propiciando uma integração com a comunidade e inserindo socialmente seus usuários. Apesar das dificuldades relatadas sobre o exercício do PTS, a equipe demonstrou preocupação com o comodismo acerca da submissão e aceitação pelos usuários da maneira como o serviço se estrutura. Da mesma forma, no CAPS ad existem dificuldades na prática do PTS, muitas vezes também restrito ao cronograma de atividades,

porém com maior percepção pela equipe da necessidade da utilização deste recurso:

A gente tem uma dificuldade, nos últimos talvez dois meses, os usuários novos que estão no serviço, são usuários que estão naquele limbo, da necessidade de ter um profissional de referência de fato, um projeto terapêutico rediscutido.

Esta equipe demonstra a preocupação com os usuários novos que chegam ao serviço, com a necessidade do TR se envolver com o PTS destes usuários. Os relatos expressam a motivação em discutir em suas reuniões e supervisões os temas do PTS e TR.

6.4 O trabalho do TR

O TR é responsável pela articulação do processo terapêutico de seus usuários e constrói, junto com o usuário, o PTS. O TR deverá ser o profissional cujo vínculo com o usuário favoreça o processo terapêutico, de discussão, elaboração e avaliação do PTS. No momento da pesquisa, a equipe do CAPS II relatou não utilizar o recurso do TR, existindo um profissional de referência para o apoio matricial nas unidades de saúde da atenção básica e este profissional é a referência para todos os casos que residem em suas unidades de matriciamento. O profissional não tem relação necessariamente com o projeto terapêutico do usuário. “Na verdade é referência para a unidade e não para o usuário.”

Eu acho que tá sendo secundário, às vezes me parece que o usuário se referencia ao profissional muito mais do que o profissional ao usuário. É muito na teoria ainda. O matriciamento trouxe um pouco esse termo referência pra organizar. A gente é obrigado a se organizar de alguma

maneira, mas no matriciamento, como referência para os usuários da unidade. O acompanhamento que os meus usuários, da minha referência, deveriam ter não acontece. Quando acontece é por acaso assim, como o matriciamento chamou a situação, caso emergencial. Não faz parte de um plano terapêutico, não tá dentro desse contexto. Acho que é só apagando incêndio. Não tem um padrão de referência.

Se a gente for utilizar TR, tem que levar em assembleia, discutir em grupos, isso vai ter que fazer parte do vocabulário do usuário, eles vão ter que estar por dentro disso. Eu nunca falei pros meus usuários: você é minha referência, vou fazer matriciamento na sua unidade.

Nós temos as atividades, eu não sei se eles sabem qual o sentido disso, quem é esse profissional que vai lá conversar com a unidade de saúde, tem que tomar consciência do seu acompanhamento.

Não necessariamente o vínculo vai ser com aquele que vai na sua unidade, a gente já conversou isso aqui, não tem como garantir que o técnico que vai na unidade vai ter vínculo com aqueles. Tu pode fazer vínculo com outros. Temos que pensar como a gente trabalha a referência aqui dentro, não no matriciamento.

O TR não é o responsável pela condução do projeto terapêutico do usuário neste CAPS, pois o PTS não é formalizado nem discutido com o usuário. Quando questionados, relatam que o responsável pelo projeto terapêutico é o profissional acolhedor.

Às vezes ele não procura o acolhedor, procura o profissional porque ele tem vínculo, porque é uma referência pra ele ... Quando tu é referência ele vai te procurar pra vir mais, pra vir menos, quando não tá bem. E da mesma forma também quando tu lembra dele, quando ele faltar ... Quando ele precisa de uma outra intervenção.

A gente ta ao contrário, deveria ser quando o TR não puder fazer o plano terapêutico com o usuário, ele buscar o acolhedor.

Quando tem um TR, ele se sente até mais a vontade pra fazer um plano terapêutico. A gente tenta aos poucos, fazendo vinculo, vai tentando fazer ele vir nas atividades, quando é com outra pessoa ele nem conversa, quando tem um vinculo ele se sente mais a vontade. É claro que tem que cuidar né, porque tem profissional que tem mais afetividade com todos, então não pode também centrar só naquele profissional, imagina, se todo mundo procurar o mesmo cara pra fazer PTS, daí não faz mais nada, não sobra tempo.

No CAPS ad, as falas dos profissionais divergem sobre a utilização do TR:

Hoje, pela dinâmica do serviço, de uns tempos pra cá a gente ... não sei se retrocedeu é a palavra mais adequada, mas um pouco pelo excesso de coisas a se fazer, prejudicou as atribuições do TR, mas temos uma organização disso ... baseada no vínculo dos profissionais

com essas pessoas ... O TR no serviço não necessariamente é o TR do apoio matricial ... não necessariamente aquele que vai no apoio matricial é a pessoa mais próxima do usuário. Tem uma dificuldade hoje de sistematizar isso, na prática tá um pouco, digamos, atropelado, que é a rediscussão contínua do PTS com o usuário por parte do TR, mas hoje essencialmente nós temos um fluxo, se o usuário não vem ao serviço, por exemplo, e retorna depois de um tempo, o plantão vai fazer o agendamento com o TR pra reorganizar esse cronograma de frequência no serviço.

Sobre a relação entre este TR e o PTS, apenas um profissional expõe sua percepção:

Em vários momentos, os usuários que tem uma frequência maior no serviço, os usuários que estão numa situação mais delicada, que necessitam de uma hospitalidade dia, não é incomum um outro profissional sugerir pro TR tal conduta, em vários momentos isso já foi pactuado no serviço, por exemplo um PTS diferente pra determinado usuário, em que não necessariamente a referência foi responsável pela conduta, mas isso foi feito de uma forma, em equipe ... O técnico de referência, é um mediador, não é tão centralizado, não é o único responsável, embora seja responsável por fazer algumas combinações.

A relação entre o técnico e seus usuários de referência é formalizada e discutida na equipe do CAPS ad. A escolha do TR é feita através do vínculo entre o profissional e o usuário. Este recurso não impede a participação dos

outros profissionais no PTS do usuário, pois o TR não é o único responsável pelo caso, e sim um mediador.

6.5 A avaliação dos profissionais sobre a ampliação da autonomia dos usuários a partir da clínica ampliada

Um dos grandes objetivos a se conquistar com os usuários da saúde é a ampliação de autonomia, valorizando a participação dos sujeitos na construção de seus projetos terapêuticos. A CA propõe práticas produtoras de autonomia e menos produtoras de medo e submissão. Sobre a ampliação da autonomia, surgiram algumas colocações no grupo focal do CAPS II: “O usuário não vai poder ficar tutelado aqui, não pode ficar num lugar só, ele vai circular pelos ambientes, se apropriar de algumas coisas.” “A quantidade de usuários na assembleia não é tão crescente quanto a qualidade da participação, dos assuntos que eles trazem, é impressionante.” “Ele participou do projeto terapêutico dele nesse momento, deixou de ser um objeto de atuação profissional pra se tornar um sujeito que tem um dizer.”

Depois do matriciamento, os usuários estão frequentando muito mais os postos de saúde. Antes disso, tinha usuário que qualquer problema de saúde vinha no CAPS pedir consulta com o psiquiatra, dor nas costas, de cabeça. Agora eles já sabem procurar a unidade, com mais autonomia.

A gente tem a oficina de cidadania, onde o instrumento é o que tem de externo como o fórum, o INSS, o PROCON, eles foram lá, conversaram, viram que eles tem o mesmo direito, como qualquer um. Isso faz diferença e a gente vê o reflexo disso na prática. Olha como melhorou a qualidade das nossas assembleias, como eles tem se posicionado quando as coisas acontecem aqui no CAPS.

Claro que eles estão meio desencantados porque fizeram diversos movimentos para melhorias e viram que tem muitas pedras no meio do caminho.

Apesar das dificuldades, mudou a nossa condução de alguns casos, que sempre vinham com a mesma queixa, as mesmas dificuldades. Teve um que quando se falou em internação, não foi como era antes, que vinha a mãe se queixar, e tinha que acabar com policia, SAMU, dessa vez a gente participou e ele mesmo admitiu que tava fazendo abuso de gasolina, que tava precisando internar, isso deu um outro entendimento pra mãe, da situação dele. A gente foi visitar no hospital junto com a mãe e ela falando do quanto ele era desorganizado e a gente mostrando pra ela o quanto a vida deles era desorganizada. O usuário participou de outra forma, mais ativa, e pra mim foi melhor. Se a gente não sai do tradicional, fica repetindo a mesma prática, daqui um ano acontece tudo de novo.

No CAPS ad o aumento da autonomia dos usuários também é observado.

Na medida que a gente amplia nosso trabalho, uns mais, outros menos, pra fora deste serviço, no apoio matricial, na forma de se conhecer outros serviços, outras redes de saúde mental, a gente consegue olhar de fora pra dentro, e percebe que tem contribuído sim com tantas dificuldades, limitações, diferenças ... O apoio matricial é um grande trunfo ... a gente discute usuários que a gente tinha uma informação muito pequena de como era no seu território e hoje a gente conhece relativamente bem, principalmente onde tem ACS, como é esse usuário na

vida dele, demandas muitas vezes muito diferentes daquelas que ele traz aqui. A gente sabe dessa questão do usuário ficar um pouco mais adoecido dentro da instituição especializada ... Eu entendo isso como ganho, se a gente atende o usuário, com a demanda que ele tem, dentro do território, que é uma demanda diferente da que ele tem dentro do CAPS, eu vejo isso como autonomia, porque se a gente ficar apenas na demanda que ele apresenta aqui enquanto serviço especializado, a gente reduz a perspectiva com ele, por um diagnóstico de doença, que pra ele estar numa instituição especializada ele tem que ter um diagnóstico, a gente acaba esquecendo o principal da intervenção que é o adoecimento ... As vezes a gente se implica nuns casos, que fica atravancado, que a gente não consegue ver solução, muitas vezes a gente vê involução, quando a gente faz um panorama geral a gente vê que tem casos de sucesso, de praticas efetivas da CA, da clinica humanizada ... e quando a gente vai olhar porque que esses casos são diferentes dos outros que não deram certo percebe que foi um caso que a gente teve uma interlocução maior com a rede.

Os profissionais dos dois CAPS demonstraram a percepção da necessidade de discutirem mais sobre a utilização do PTS, ressaltando a compreensão da necessidade deste recurso terapêutico, mas também da complexidade da organização dos serviços para que isto ocorra e não se reduza a um cronograma de atividades. Ressaltaram também a relevância do PTS incluir recursos fora do CAPS. Tanto no CAPS II, como no CAPS ad, os participantes dos grupos focais demonstraram conhecimento sobre as funções do TR e abordaram suas dificuldades em exercitar este dispositivo. No CAPS II o recurso do TR não está sendo efetivamente praticado no momento. Este CAPS possui profissionais de referência para as unidades básicas de saúde e consequentemente para os usuários daquela região, para o processo de

matriciamento, mas não possui TR para os usuários do serviço como um recurso da clínica da atenção psicossocial.

Destacam-se nas equipes a implicação em discutir os temas da CA e a preocupação com que os serviços não sejam estáticos, com interesse no aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental deste município.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou discutir os recursos utilizados para a prática da clínica ampliada, caracterizando o papel do Técnico de Referência e analisando a utilização do Projeto Terapêutico Singular. Através desta pesquisa foi possível contextualizar a clínica praticada pelos profissionais dos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial deste município da região norte de Santa Catarina.

Os profissionais participantes dos grupos focais dos CAPS II e ad, deste município conhecem e exercitam a ideia da clínica ampliada, mas no cotidiano do trabalho ainda encontram dificuldades para operar com os recursos TR e PTS.

Pensando a clínica ampliada como a ampliação das possibilidades de intervenção com cada sujeito, respeitando sua singularidade e reconhecendo a complexidade de cada caso, a pesquisa aponta que as equipes participantes utilizam diversos recursos desta clínica e que têm buscado o aprimoramento de suas práticas nesta direção.

Os grupos focais contribuíram para a problematização da atuação dos participantes, gerando reflexão nas equipes sobre os pontos que ainda constituem-se em desafio para eles. As discussões sobre a clínica ampliada nos grupos enfocaram o matriciamento, apontado como produzindo saúde de maneira compartilhada, entre equipes diferentes, trabalhando de forma horizontalizada, exercitando a intersectorialidade. As ações intersectoriais apareceram como um importante instrumento.

No CAPS II foi possível evidenciar a angústia dos profissionais com a institucionalização dos usuários atendidos. Apesar das dificuldades

apresentadas na concretização do PTS, a equipe abordou a preocupação em criar propostas extra-muros, para além do espaço físico do CAPS, atuando na comunidade, explorando o território, o que contribuiria no processo de ampliação da autonomia dos usuários.

No CAPS ad destaca-se a utilização dos dispositivos TR e PTS, e especialmente a participação do TR no processo terapêutico singularizado.

Considera-se que estes recursos terapêuticos, como parte do processo de trabalho nos CAPS, através do trabalho em equipe, do compartilhamento dos saberes e da permanente discussão das práticas clínicas, ampliam as possibilidades de intervenção beneficiando a qualidade da atenção em toda a rede de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, PAULO. Loucos pela vida: *A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ed. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1998.

BACKES, Dirce Stein et al. *Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas*. O MUNDO DA SAÚDE, São Paulo: 2011; 35(4):438-442

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. França: 1977. Tradutor: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edições 70 LDA : Portugal.

BEZERRA JUNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Portaria nº 336 / GM de 19 de fevereiro de 2002. *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular* / Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. *O Humaniza SUS na atenção básica* / Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. *Clínica Ampliada e Compartilhada*/ Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 3088 / GM de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R., GAMA, Carlos Alberto. *Saúde Mental e saúde coletiva*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FURTADO, Juarez P. e MIRANDA, Lilian. *O dispositivo técnicos de referência nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicotiana*. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., ano IX, n 3, 508-524. Set/2006

IERVOLINO, Solange A. e PELICIONI, Maria Cecilia F. *A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde*. Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Saúde Mental e saúde coletiva*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MILHOMEM, Maria Aparecida G. Corrêa; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro. *O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS*. Cogitare Enfermagem, v. 12, n.1, p.101-108, jan./mar. 2007.

OLIVEIRA, Walter F. *Entendendo a reforma psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental*. Florianópolis: Abrasme/UFSC, 2009.

PINHEIRO, Roseni (org). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. CEPESC- IMS/UERJ- ABRASCO. Rio de Janeiro, 2007.

SARACENO, Benedetto; ASIOLI, Fabrizio; TOGNONI, Gianni. *Manual de saúde mental*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.