

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF)**

RAFAEL SOARES CHAVES

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RN: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES**

NATAL – RN

2017

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF)

RAFAEL SOARES CHAVES

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO
CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RN: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES**

Trabalho de pesquisa desenvolvido como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

NATAL – RN

2017

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Chaves, Rafael Soares.

Projeto terapêutico singular como ferramenta de gestão do cuidado na estratégia saúde da família do RN: desafios e possibilidades / Rafael Soares Chaves. - Natal, 2017. 92f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientador: Ana Karenina de Melo Arraes Amorim.

1. Atenção Integral à Saúde - Dissertação. 2. Projetos Terapêuticos Singulares - Dissertação. 3. Estratégia Saúde da Família - Dissertação. 4. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Dissertação. 5. Apoio Matricial - Dissertação. I. Amorim, Ana Karenina de Melo Arraes. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

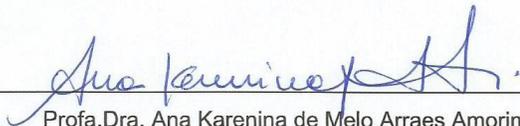
CDU 614

RAFAEL SOARES CHAVES

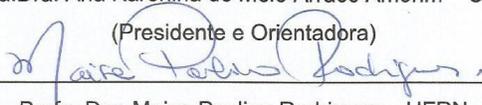
**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RN: desafios e possibilidades.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

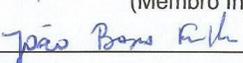
BANCA EXAMINADORA



Profa.Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim – UFRN
(Presidente e Orientadora)



Profa. Dra. Maise Paulino Rodrigues – UFRN
(Membro Interno)



Prof. João Bosco Filho – UERN
(Membro Externo à Instituição)

Aprovado em 19 de dezembro de 2016

Dedico este trabalho a toda a minha família, em especial aos meus pais, pelo empenho, dignidade e solidariedade, os quais inspiram a minha formação, minhas lutas e minha vontade de ser orgulho para eles. À minha bisavó Júlia Maria, pelo amor e acolhimento na minha infância, ao meu avô Firmino, pelas longas conversas e ensinamentos, e à minha avó Júlia Chaves, por sua delicadeza e serenidade (*in memoriam*), eternos em meu coração. À minha avó Júlia, pela doçura e carinho em minha vida. A eles, a minha mais profunda gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder a vida, a força para superar todos os percalços e escuridão, os quais tive de enfrentar, e pela dádiva de concluir mais essa etapa em minha vida.

Aos meus pais, por terem me possibilitado as bases e o exemplo para acreditar e ser capaz de realizar meus sonhos.

À minha companheira, por compartilhar todos os momentos de alegria e tristeza e por ser o combustível para manter-me firme e confiante na realização de nossos sonhos.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, em especial da gestão e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Nísia Floresta/RN, por sua imensa contribuição de convivência e compartilhamento de saberes em minha experiência profissional, essenciais para me permitir adquirir uma visão capaz de idealizar e realizar a presente dissertação.

Aos colegas de mestrado, pela vivência, troca de conhecimentos e experiências e pelo compartilhamento de alegrias, tristezas, descobertas e superações ao longo desses anos.

À Flavia Siqueira, Secretária da Renasf, pelo acolhimento, organização e apoio em momentos importantes.

À minha orientadora, pela paciência e elegância com que me conduziu na realização e conclusão deste trabalho.

Aos docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pelos conhecimentos e experiências compartilhados.

Aos profissionais participantes do estudo, pela disposição e colaboração, essenciais para a realização deste trabalho.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização desta pesquisa.

“Todo jardim começa com um sonho de amor.
Antes que qualquer árvore seja plantada
ou qualquer lago seja construído,
é preciso que as árvores e os lagos
tenham nascido dentro da alma.

Quem não tem jardins por dentro,
não planta jardins por fora
e nem passeia por eles [...]”.

(Rubem Alves)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

GF – Grupo Focal

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pronto Atendimento

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

No Brasil, o uso e o desenvolvimento de instrumentos e tecnologias em saúde para a garantia do acesso à saúde como direito de todos bem como a resolubilidade das diferentes e complexas demandas observadas nos territórios representam ponto-chave para o desenvolvimento do SUS em seus princípios fundamentais nas diferentes regiões brasileiras. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é, atualmente, uma prática ainda não incorporada na rotina da maioria das equipes de saúde na atenção básica e ainda pouco difundida e desenvolvida, apesar de seu grande potencial na produção de novas realidades, sobretudo no que diz respeito aos casos complexos. Em virtude disso, justificam-se estudos no sentido de lançar luz sobre as realidades das equipes em relação ao uso do PTS como ferramenta de gestão do cuidado em saúde no âmbito da ESF. Nesse sentido, o presente trabalho trata de uma pesquisa qualitativa exploratória a qual buscou investigar como uma equipe da ESF e uma equipe do NASF que a apoia utilizam o PTS no seu território, tendo como objetivos específicos: conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais (das equipes NASF e ESF) às noções de Clínica Ampliada, de Apoio Matricial e de Projeto Terapêutico Singular; identificar como as equipes se comunicam e se vinculam para a construção do PTS e a realização do apoio matricial; e identificar as potencialidades e dificuldades vividas pelas equipes para o uso do PTS como ferramenta de gestão do cuidado. Para tanto, a abordagem metodológica foi desenvolvida através de entrevistas individuais semiestruturadas e Grupos Focais com os profissionais das equipes de um município de pequeno porte do RN. Os dados produzidos pelas entrevistas e pelos Grupos Focais foram organizados e categorizados mediante a análise de conteúdo proposta por Bardin. Os três eixos de análise foram: 1) multiprofissionalidade, corresponsabilidade e resolutividade; 2) concepções de PTS, dificuldades, falta de experiência e desconhecimento sobre PTS; e 3) articulação e planejamento das ações. De modo geral, o estudo apontou a construção de PTS como uma prática pontual, sendo uma ferramenta que pouco compõe o cotidiano das equipes e dos serviços de saúde na atenção básica, apesar de ser reconhecidamente importante para a ampliação das ações e resolutividade dos problemas dos usuários. Além disso, o PTS, mesmo não sendo uma ferramenta de uso cotidiano, é desconhecido por muitos e as equipes são carentes de experiências que potencializem o seu uso de forma sistemática e compartilhada nos espaços de produção do cuidado em saúde. Desse modo, coloca-se como importante que ações de qualificação da atenção sejam desenvolvidas junto às equipes para o uso do PTS entre outras ferramentas para gestão do cuidado de forma integral e compartilhada.

Palavras-chave: Projetos Terapêuticos Singulares. Atenção Integral à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Apoio Matricial.

ABSTRACT

In Brazil, the use and development of health instruments and technologies to guarantee the access to health as a right for all its citizens, as well as the solvability of the different and complex demands observed in the territories represent a key point for the development of *Sistema Único de Saúde* (SUS) in its fundamental principles in different Brazilian regions. The Singular Therapeutic Project (STP) is a not yet currently incorporated practice into the routine of most health care teams in the basic health attention and it is still poorly widespread and developed, despite its great potential in the construction of new realities, especially with regard to complex cases. Taking this context into consideration, studies in this area are justified in order to shed some light on the realities of these teams in relation to the use of STP as a health care management tool within the Family Health Strategy (FHS). In this sense, this study presents an exploratory qualitative research that sought to investigate how a team of FHS and another one of a Family Health Support Nucleus (FHSN), which supports the team of FHS investigated, use the STP in its territory, with specific objectives of: getting to know the meanings assigned to the notions of Expanded Clinic, Matrix Support and Singular Therapeutic Project by the FHSN and FHS teams' professionals; identifying how teams communicate and team up for the construction of the STP and for the execution of matrix support; and identifying the potentialities and difficulties experienced by the teams in using STP as a care management tool. For this, the research methodological approach was developed through semi-structured individual interviews and focus groups with the professionals of the teams of a small city of the state Rio Grande do Norte. The data produced by the interviews and the focus groups were organized and categorized based on the content analysis proposed by Bardin (2011). The three axes of analysis were: 1) multiprofessionality, co-responsibility and resolvability; 2) conceptions of STP, difficulties, lack of experience and knowledge about STP; and 3) articulation and planning of actions. In general, the study pointed to the construction of STP as not being a regular practice, being a tool that does not take part in the daily life of the health teams and services in basic health attention, although it is recognized as important for the expansion of actions and solution of the users' problems. In addition to that, besides the STP is not seen as a tool of daily use, it is unknown by many professionals and the health teams lack experiences that potentialize STP use in a systematic and shared way in the health care production spaces. In this way, it is important that actions towards qualification on health attention for the use of STP are developed together with the teams, among other tools for care management in an integral and shared way.

Keywords: Singular Therapeutic Projects. Comprehensive Health Care. Family Health Strategy. Family Health Support Nucleus. Matrix Support.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Modelos de Atenção à Saúde	22
2.2 Clínica Ampliada e Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde	25
2.3 Projeto Terapêutico Singular: um desafio a ser considerado	31
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS	36
3.1 O tipo e local do estudo	36
3.2 Participantes do estudo	37
3.3 Procedimentos de coleta de dados	38
3.4 Procedimentos de análise de dados	41
3.5 Aspectos éticos e legais	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Caracterização dos profissionais participantes	43
4.2 Em torno do Projeto Terapêutico Singular, o discurso da multiprofissionalidade e da corresponsabilidade	45
4.3 Concepção de PTS como estudo de caso: presença do modelo biomédico individualizante	52
4.4. Dificuldades para o uso do PTS: os desafios de articulação e planejamento das ações e a necessidade de compartilhamento e sistematização do cuidado	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	70
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A	79
APÊNDICE B	83
APÊNDICE C	84
APÊNDICE D	85
APÊNDICE F	88
APÊNDICE G	90

APRESENTAÇÃO

Após minha investidura na função de psicólogo na Equipe NASF no município de Nísia Floresta/RN, quando da implantação dessa equipe em janeiro de 2009, vivenciei desafios e inúmeras experiências para contrapor uma tendência predominante em direcionar os processos de trabalho para um modelo de atenção fragmentado e hospitalocêntrico no SUS e, por consequência, na atenção primária à saúde. Nesse processo, deparei-me com modelos de gestão alheios à necessidade de uma visão ampla sobre a complexidade e sobre o caleidoscópio de realidades e variáveis envolvidas no sofrimento humano e no processo de adoecimento dos sujeitos.

Desde então, a visão adquirida por minha experiência anterior com a Política Nacional de Humanização no início de sua implantação no Hospital Gisêlda Trigueiro, em Natal-RN, possibilitou-me enxergar a Clínica Ampliada como fundamento relevante para a construção de uma visão mais aprofundada sobre o indivíduo, ou seja, de um modelo abrangente e articulador das diferentes áreas de conhecimento envolvidas no trabalho em Atenção Básica¹ (AB) e, conseqüentemente, transformador das realidades dos usuários, posto que estas são complexas, singulares e, muitas vezes, enrijecidas por anos de vida castigados por um sofrimento há muito tempo esquecido ou ignorado, que não sara nem se transforma sem uma intervenção interdisciplinar articulada e resolutiva.

Nesse percurso, as experiências na elaboração e construção de Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto com Equipes de Referência no município de Nísia Floresta/RN, bem como a participação em processos educativos que envolviam essa ferramenta, fizeram-me compreender a sua importância não apenas enquanto

¹ De acordo com o Ministério da Saúde (2012, p. 19), no Brasil, a Atenção Básica equivale à chamada atenção primária em saúde, que se caracteriza “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”.

“tecnologia leve” de grande poder de transformação das realidades dos usuários, mas também seu potencial estratégico para a efetivação da Clínica Ampliada nos processos de trabalho de equipes de apoio e de referência da Atenção Básica, principalmente no que se refere à transformação da visão que os profissionais têm sobre a sua importância e o seu papel diante dos problemas vivenciados no cotidiano de sua prática. Foi muitas vezes no trabalho com PTS que presenciei a criação de espaços de atuação em que cada profissional, das mais diferentes áreas e setores envolvidos na rede de atenção, aprendia a atuar de forma articulada, enxergando os usuários enquanto seres dotados de complexidade e buscando a resolutividade dos seus problemas.

Em face desse contexto, essa experiência motivou o presente trabalho no sentido de buscar conhecer melhor o PTS enquanto ferramenta da gestão do cuidado em equipes na Atenção Básica, bem como sua construção e uso por essas equipes na produção das mudanças na vida dos usuários.

Após seis anos de atuação em equipe de apoio, e tendo sido facilitador em oficinas e cursos sobre apoio matricial com diferentes equipes de apoio e referência no estado do RN, pude vivenciar sua dificuldade em desenvolver PTS devido aos diversos arranjos que compõem cada equipe, bem como em conhecer distintas características da formação de cada profissão e, ainda, a predominância de formações voltadas para o tecnicismo e para o modelo clínico na maioria dos cursos de graduação na área da saúde. Para mim, estar nessa posição por tanto tempo foi uma vantagem importante para conhecer essas realidades de tão diversos lugares e equipes, o que tornou possível que eu me sentisse capaz de identificar qual cidade seria a mais adequada para realizar esse estudo, de forma que foi em uma cidade de pequeno porte com aproximadamente 40 mil habitantes, com pouco mais de duas dezenas de equipes de referência e três equipes NASF, que encontrei o campo ideal para realizar este trabalho.

Por meio desta investigação realizada no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família e com as inquietações e conhecimentos nele adquiridos, foi possível construir a presente dissertação de modo a poder contribuir com a qualidade da

atenção à saúde na Estratégia Saúde da Família, a partir do investimento no conhecimento e potencial de ferramentas e tecnologias da gestão do cuidado.

A experiência no campo foi uma jornada difícil e cheia de obstáculos, mas de muitas aprendizagens que nos auxiliaram a fazer uma exploração preliminar no tão complexo campo das pesquisas na atenção e gestão em saúde. Os encontros com as equipes foram oportunidades ímpares de discussão e aprendizagens que podem ganhar outros formatos e futuros percursos de trabalho e pesquisa.

Desse modo, ao nos debruçarmos sobre as concepções e experiências relatadas pelos profissionais participantes, bem como sobre a clínica ampliada, o apoio matricial e o PTS, pudemos analisar um riquíssimo material, o qual nos permitiu refletir e discutir acerca da realidade observada e do objeto de estudo em questão no campo da AB em um município de pequeno porte do estado do Rio Grande do Norte. Com base nesse contexto, estruturamos a dissertação.

No capítulo introdutório, apresentamos o campo problemático da atenção e gestão do cuidado no SUS onde se situam as questões sobre as ferramentas de gestão do cuidado e as questões em torno dele e, assim, delimitamos o nosso objeto de estudo como o PTS e o seu uso por equipes da ESF, nossos objetivos e a justificativa desta investigação.

No capítulo 2, tratamos da fundamentação teórica do trabalho, dividida em três subitens. O primeiro, intitulado **SUS, ESF e superação do modelo de atenção à saúde**, faz um resgate histórico desde a concepção do SUS, com vistas ao legado da clínica tradicional, ao modelo hegemônico e à tendência de orientação das práticas por um modelo de atenção hospitalocêntrico e medicocentrado de difícil superação. Evidenciamos como esse contexto e a descentralização da saúde permearam o surgimento do então Programa Saúde da Família e sua dificuldade em tornar efetivo o modelo de promoção da saúde. Em seguida, discutimos o tema **Clínica Ampliada e Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde**. Seguindo nessa perspectiva histórica, apresentamos os problemas e desafios que a literatura aponta, destacando-se a necessidade de se produzir avanços em direção à efetivação da integralidade e como a necessidade de novas políticas culminou com o surgimento da clínica ampliada e, posteriormente, com a criação do modelo interdisciplinar representado pelo apoio

matricial. Ainda nesse item, apresentamos o conceito de matriciamento, conforme proposto pelos documentos institucionais, e os desafios para a sua efetivação na Atenção Básica. Concluindo as bases teóricas do trabalho, discutimos o nosso objeto de estudo especificamente, apresentando a concepção de PTS enquanto recurso de clínica ampliada, sua formulação e operação, suas contribuições e a sua condição de ferramenta subutilizada no estado do Rio Grande do Norte.

No capítulo 3, trazemos os aspectos éticos e metodológicos da pesquisa, situando-a enquanto pesquisa qualitativa exploratória e descrevendo os processos metodológicos até a descrição do procedimento de coleta de dados através de entrevistas e Grupos Focais.

No capítulo 4, apresentamos os resultados do que foi produzido na coleta de dados por meio da análise do conteúdo produzido nos relatos dos participantes, subdividindo esse capítulo em quatro subtópicos. O primeiro traz a descrição dos profissionais participantes e os três subsequentes abrangem os subtemas alcançados após a análise das categorias avaliativas.

Nas considerações finais, expomos a síntese dos achados da pesquisa e as limitações do presente estudo, com vistas aos possíveis estudos futuros que se colocam como necessários no contexto da gestão do cuidado em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O SUS, em seu contexto histórico de criação pós-ditadura e da nova Constituição Federal, surgiu com o forte propósito de um modelo voltado para a saúde enquanto direito de todos. Dessa forma, em seus princípios, propôs o acesso universal às ações básicas necessárias para o cuidado integral em saúde, bem como a proximidade, a participação e a relevância pública dos serviços responsáveis por essas ações. Foi nesse contexto que na década de 1990 surgiu, como proposta fortemente influenciada pelo modelo de PA, o Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal programa seguiu por muito tempo o modelo hegemônico hierarquizado e predominantemente curativo, centrado na doença. Atualmente, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizou conceitos na política introduzindo elementos ligados ao papel desejado de uma Atenção Básica (AB) ordenadora das Redes de Atenção. Também à luz dos conceitos introduzidos pela Política Nacional de Humanização tomou o rumo na direção de configurar-se como uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas Redes de Atenção.

O conceito de Clínica Ampliada, trazido pela Política Nacional de Humanização (PNH), inicialmente desenvolvido no campo da saúde mental, representou um importante movimento em contraposição ao modelo de clínica tradicional e galgou posição importante nos diversos espaços de produção do cuidado, criando o alicerce para a construção de um modelo de gestão do cuidado voltado para a visão ampla do sujeito complexo^{2,3} e do processo de adoecimento que envolve sua condição de sofrimento dos indivíduos na AB. Além disso, ao desenvolver a ideia de Matriciamento

² De acordo com Morin e Le Moigne (2000, p. 206), o pensamento complexo é, pois, essencialmente o pensamento que trata com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. É o pensamento capaz de reunir (*complexus*: aquilo que é tecido conjuntamente), de contextualizar, de globalizar, mas, ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto.

³ Torres (2009, p. 195) afirma que a Teoria da Complexidade mostra a interdependência essencial de todos os fenômenos – é o que Fritjof Capra (1996) chama de Visão Ecológica Profunda. Segundo ele, estamos todos encaixados nos processos cíclicos da natureza. O ser humano é um finíssimo fio dessa rede universal que ele chama de Teia da Vida. E a mais óbvia característica de qualquer rede é a sua não linearidade. É óbvio, também, que o conceito de diálogo está intimamente ligado com o padrão de rede.

ou Apoio Matricial, introduziu ferramentas importantes para o trabalho em equipe multidisciplinar, a corresponsabilidade no gerenciamento dos casos e, conseqüentemente, o avanço do trabalho em equipe e dos processos de comunicação envolvidos na rede de atenção à saúde, colaborando amplamente para o avanço da AB e promovendo o reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Esse movimento contra-hegemônico teve como marco institucional importante na AB a criação dos NASF.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) correspondem à representação desse modelo de Apoio Matricial no âmbito da Atenção Básica. São formados por equipes interdisciplinares⁴, compostas por profissionais de diferentes formações e especialidades, que atuam de maneira integrada, interdisciplinar, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas. Compartilham práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas que ampliem o seu escopo de ofertas. Os NASF têm trazido grandes contribuições para a efetivação da integralidade do cuidado nos territórios onde estão inseridos. Ao apropriarem-se das ferramentas da Clínica Ampliada e do Apoio Matricial, os NASF passaram a utilizar-se de seus instrumentos para a construção de seus processos de trabalho em interação com as equipes de referência.

São ferramentas práticas e intervenções compartilhadas com as equipes de referência advindas do modelo de clínica ampliada e da saúde mental: 1 – consulta compartilhada, 2 – trabalho com grupos e 3 – Projeto Terapêutico Singular. Essa última

⁴ Assim, pluri e interdisciplinaridade são termos relativos a conceitos e teorias voltados para a compreensão de fenômenos, enquanto pluri e interprofissionalidade dizem respeito a práticas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos. Ainda que na prática seja difícil encontrar tipos “puros” (afinal prática-teoria-prática interagem e se realimentam), essa definição tem valor por distinguir princípios gerais (p. ex. “interdisciplinaridade”) de seus desdobramentos na prática cotidiana dos trabalhadores (p. ex. “interprofissionalidade”). Em poucas palavras: o sufixo “disciplinar” será sempre relativo ao campo dos saberes e “profissional” ao das equipes e seus serviços. Aliás, poderíamos afirmar que a discussão sobre integração de práticas e saberes tem início de fato a partir do momento em que se incorporam (ou se tenta incorporar) tais princípios nas práticas das equipes, donde emergirão questões cuja complexidade e teor fomentarão sobremaneira as discussões sobre o tema. A partir das tentativas de avanço no plano da relação tradicional entre membros de equipes, poderemos identificar as razões pelas quais – a despeito da concordância com os princípios genéricos pró-intercâmbio – a organização dos serviços mantém-se, via de regra, assentada no paradigma uni ou pluridisciplinar.

ferramenta possui grande potencial para articulação entre as equipes e, principalmente, para dar resposta às complexas demandas e desafios observados nos casos em que as equipes têm dificuldades de intervir e promover mudanças. Mesmo assim, ainda são pobres as ofertas de tecnologias, métodos e instrumentos para valorizar a capacidade clínica dos profissionais de lidar com o complexo e com o subjetivo e, assim, oferecer um serviço de saúde mais resolutivo e que realmente produza mudanças positivas na vida dos usuários.

Teoricamente, as equipes dos NASF deveriam realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel, como também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território onde atuam, sempre de forma articulada e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de AB do território. Todavia, o legado do modelo de PA manteve sua influência desde a formação profissional, assim como na gestão, e até mesmo a visão que os usuários possuem sobre a atenção à saúde.

O PTS, a Interconsulta e a Consulta Compartilhada são práticas atualmente ainda não consolidadas na rotina da maioria das equipes. Apesar de seu grande potencial na produção de novas realidades no que diz respeito aos casos complexos, ainda são muito pouco difundidas e desenvolvidas pelas equipes de AB. Dessa maneira, o uso e o desenvolvimento de instrumentos e tecnologias para a garantia do acesso, bem como a resolutividade das diferentes e complexas demandas observadas no território, representam ponto-chave para o desenvolvimento do SUS e de seus princípios fundamentais em todas as suas portas de entrada.

Percebe-se que equipes de saúde, ao adotarem a visão de mundo mecanicista⁵ em seus processos de trabalho, correm os riscos de que esse modelo possa incidir

⁵ Torres (2009, p. 191) afirma que nessa visão de mundo mecanicista o foco das organizações está na estrutura e nas tarefas. Simplesmente, a organização é dividida em unidades distintas e é organizada em conformidade com conjuntos de tarefas específicas executadas em cada unidade. Para que os resultados sejam obtidos, os “líderes” são revestidos de poder de comando e controle e passam a ser o cérebro da organização. As demais pessoas devem fazer o que lhes for mandado. Com o comando e o controle exercidos no topo, o processo decisório funciona de cima para baixo em todos os “níveis” da organização. Sair-se bem nesse mundo mecanicista significa ter a eficiência da máquina. O investimento em pessoas é feito apenas naquelas que se sobressaem porque têm autodomínio. Os acontecimentos são vistos simplesmente numa relação estrita de causa e efeito, seguindo um pensamento linear. Os dados são analisados e são feitas projeções proporcionais para resultados futuros. Busca-se sempre uma resposta certa ou a melhor resposta para os problemas e tudo deve ser determinado objetivamente. Todas estas coisas acontecem porque as organizações são compostas de partes – componentes cada

sobre situações que necessitam de um olhar ampliado sobre a condição de saúde dos usuários, as quais, por vezes, apresentam dificuldades em lidar com problemas de natureza complexa e que necessitem, por exemplo, de atuação conjunta de diversos entes da rede para que se consiga resolutividade nessas situações. A consequência resulta em insatisfação, crescimento da demanda reprimida e baixa capacidade de resolução de demandas dessa natureza, quando não observadas de maneira adequada. Em oposição a esse movimento, Tórres (2009, p. 195-196), ao discutir a visão complexa de mundo, aponta um interessante caminho diante desse problema, afirmando que nessa perspectiva

a realidade é, essencialmente, definida pelos relacionamentos e pelos processos. Cada um de nós está relacionado, afeta e é afetado pelas ações e pelas ideias de todos os demais. A qualidade dos relacionamentos e a dos processos, ao longo das nossas vidas, são mais importantes do que as estruturas. O foco deve se dirigir mais fortemente para os relacionamentos e processos. Se quisermos que a criatividade e a coevolução estejam presentes na organização temos que sair de uma estrutura de comando-e-controle e passar para uma liderança compartilhada mediada pelo diálogo. As pessoas se comprometem mais e ficam mais motivadas quando estão envolvidas na tomada das decisões que as afetam. Para que haja um salto de qualidade e de produtividade deve ser desenvolvido um processo de significado compartilhado e de consenso por meio do diálogo entre todos os participantes. A eficiência mecânica e a competitividade – como a exacerbação da competição – é limitante e destruidora. A cooperação e o senso de comunidade funcionam muito melhor para o aumento de produção, de produtividade e de qualidade. Nós vivemos em um mundo que é coletivo. O domínio coletivo faz com que as equipes fiquem mais entrosadas, vejam de forma melhor as conexões no trabalho e desenvolvam a capacidade de alavancar a diversidade inerente a qualquer equipe.

Nesse contexto, o Apoio Matricial pode ocupar um papel essencial no que diz respeito a minimizar o efeito de lacunas que são muitas vezes relacionadas à necessidade da soma de saberes e ao diálogo entre áreas de conhecimento distintas. É com essa perspectiva que o Apoio Matricial configura-se como um ponto de valor estratégico vital diante da realidade observada no que diz respeito aos fatores concernentes à problemática enfrentada por Equipes de Atenção Básica, pois

vez menores. Se algo não está funcionando bem, localiza-se a parte com problema e esta é substituída ou eliminada.

determina caminhos para a inserção dessa visão interdisciplinar na atenção primária, agregando diferentes saberes em torno de objetivos comuns.

Dentre as inquietações existentes, elegemos uma para investigar no presente trabalho, qual seja: como se dá o uso de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) enquanto ferramenta da gestão do cuidado em Equipes da Estratégia Saúde da Família apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família em um município de pequeno porte no estado do Rio Grande do Norte?

Com essa questão em mente, propusemos uma investigação com o objetivo geral de investigar como uma Equipe de Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que a apoia utilizam o Projeto Terapêutico Singular (PTS) no seu território. Como objetivos específicos, citam-se: 1) conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais (das equipes NASF e ESF) à ideia de Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular; 2) identificar como as equipes se comunicam e se vinculam para a construção do PTS e a realização do apoio matricial; e 3) identificar as potencialidades e dificuldades vividas pelas equipes para o uso do PTS como ferramenta de gestão do cuidado.

A habilidade em lidar com as complexidades que envolvem os problemas em saúde e, conseqüentemente, a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção e tecnologias que possibilitem a atuação articulada dos diferentes serviços configuram-se como um ponto-chave a ser constantemente trabalhado com os profissionais de toda a rede de atenção. Dessa maneira, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), enquanto ferramenta prática e de intervenção compartilhada, ocupam posição estratégica fundamental e de grande potencial de transformação na vida dos usuários no enfrentamento de suas problemáticas. Por consequência direta, o NASF, enquanto ferramenta de apoio vinculada às ESFs, possui papel privilegiado como articulador dos serviços e ações em saúde, dada a grande riqueza de saberes característica de suas equipes multidisciplinares e o seu papel e participação nos programas e políticas de atenção e gestão do cuidado em Atenção Básica.

A complexidade cotidiana do trabalho em saúde costuma suscitar as mais diversas sensações nos profissionais das equipes de saúde, o que muitas vezes provoca desamparo. Essa complexidade pode ser

minimizada se houver o compartilhamento entre os membros das equipes que podem dividir tanto suas fragilidades – angústias, temores, dúvidas, ansiedades – como suas potencialidades, ou seja, seus saberes e sua prática. Assim a compreensão da clínica passa a ser a de uma atividade comum a todos os profissionais da saúde, por isso compartilhada numa compreensão ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 2010, p. 80).

Existem na literatura estudos de caso e relatos de experiência sobre a construção e aplicação de projetos terapêuticos, alguns realizados por Barros (2010), Leão e Barros (2008) e Aduhab (2005), os quais discutem as dificuldades em organizar o trabalho em equipe discutido e compartilhado de forma horizontal, a falta de qualificação e formação profissional inadequada, a falta de espaços para se debater sobre PTS enquanto dispositivo de gestão do cuidado, incluindo a participação do usuário e da família nessa produção, a insuficiência na comunicação, muitos desses projetos relacionados à atuação de equipes de saúde mental mais acostumadas ao modelo de clínica ampliada. Assim sendo, verificamos a necessidade de darmos maior atenção às questões diretamente ligadas ao processo de trabalho em saúde, voltando-o para abordagens mais integrais as quais perpassem pelos processos de organização do trabalho, comunicação, troca de saberes e discussão de casos, qualificação profissional para o trabalho em equipe multidisciplinar. Além disso, a incorporação do uso dos PTS na rotina das ações das equipes de saúde seria primordial para a compreensão das demandas mais complexas e subjetivas em busca da autonomia e participação do usuário nos processos que dizem respeito à sua saúde.

Nesse sentido, a proposta da Clínica Ampliada, mais especificamente no contexto do apoio matricial e do PTS enquanto ferramenta do trabalho para a resolutividade na gestão do cuidado, é sabidamente fonte primordial do conhecimento para o cuidado compartilhado, respeitando a complexidade e a subjetividade do indivíduo. Dessa forma, não somente o tema da Clínica Ampliada, mas também o Apoio Matricial são construtos interligados e necessários para a concepção de PTS e tornam crucial e pertinente a necessidade de investigar como equipes, tanto de referência quanto de apoio, elaboram e desenvolvem Projetos Terapêuticos Singulares em seu território e quais significados atribuem sobre esses temas na AB.

Conhecer sobre a utilização de Projetos Terapêuticos Singulares é ainda questão importante a ser esclarecida na busca de contribuir para o desenvolvimento da Clínica Ampliada e suas ferramentas e, conseqüentemente, para que se consiga uma maior resolutividade e capacidade de atuação articulada das equipes de referência e apoio na atenção primária no nosso estado, bem como para nortear caminhos para a utilização de maneira mais satisfatória dessa ferramenta.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Modelos de Atenção à Saúde

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual criou o Sistema Único de Saúde, e das Leis Complementares 8.080 e 8.142, o Brasil deu início à implementação do SUS, na busca pela efetivação de um sistema de saúde público e hierarquizado pensado e almejado desde as conferências de saúde e movimento pela Reforma Sanitária, que antecederam o processo democrático característico dos anos 1980. Todavia, a hegemonia das práticas oriundas do modelo hospitalocêntrico, instalado há anos no país, bem como todo o padrão de funcionamento e gestão consequentes desse modelo determinaram a predominância de uma atenção individual, mais especificamente centrada no médico e na doença. Essas características determinam um caminho tortuoso e de avanços limitados no campo da saúde pública e, principalmente, na Atenção Básica, em função da forte tendência de orientação das práticas por um modelo de atenção hospitalocêntrico e medicocentrado de difícil superação.

Enquanto o debate dentro da saúde pública se estendeu com poucos avanços efetivos nas práticas da Atenção Básica, foram justamente três atores sociais: os usuários, os médicos e os gestores municipais que definiram a presença maciça do Modelo de Pronto Atendimento (PA) em grande parte dos municípios do país. Os usuários seguramente incorporando as noções de direito à saúde garantidos na Constituição, assim como a ideia de saúde como *bem de consumo*, produziram pressões junto aos municípios por atendimento médico e remédios (CUNHA, 2004, p. 31-32).

Em face desse contexto, podemos observar que a dificuldade de superação desse modelo deve-se tanto à pressão exercida por um desses três atores sociais, na figura do usuário, em busca de atendimento médico e de medicamentos, quanto à dificuldade dos outros dois atores sociais em lidar com as questões que envolvem essa pressão. Assim, não somente a gestão não soube trabalhar com os usuários os fatores que determinaram uma tendência de consciência acerca do conceito de saúde e dos serviços de saúde limitada aos atendimentos e medicamentos, como também os

profissionais da classe médica e demais profissionais da saúde tiveram dificuldade em superar a visão clínica tradicional, seja pelo fato de estar por muito tempo incorporada à formação e prática profissional, seja pela dificuldade em lidar com as pressões oriundas dessa relação entre gestão e usuários. Dessa forma, podemos observar que essa dificuldade persistiu nas décadas seguintes à criação do SUS, perpassando, pelo campo do legado histórico-cultural e pela própria formação profissional, determinando assim as características do processo de descentralização, o qual constituiu posteriormente o SUS.

Durante a década de 1990, o processo de descentralização⁶ norteou a construção do SUS de forma regionalizada e hierarquizada sob o comando único em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). Na esfera municipal, esse processo atuou como eixo reorganizativo das ações na atenção básica em direção a uma busca por ênfase em ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade e hospitalares. Todavia, foi nesse contexto que se fortaleceu e predominou na maior parte dos municípios do país, no campo da Atenção Básica, o modelo de PA, profundamente arraigado ao modo de produção do cuidado voltado para a medicalização e a clínica tradicional curativa, acarretando sérias consequências para o funcionamento da saúde no país. Desse modo, o que se preconizava tornou-se difícil e problemático do ponto de vista do desafio em superar o modelo e a visão clínica instalada no nosso país. Sendo assim,

as consequências negativas do PA são bastante consensuais no campo acadêmico: medicalização, altos custos, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para as doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos. No

⁶ A descentralização associada à diretriz da gestão única resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: os sistemas municipais, estaduais e o nacional. Mas a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da discussão intergestores. Admitindo múltiplos partícipes, essas composições são fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e à manutenção da unicidade do sistema. Dessa forma, na década de 1990, o governo federal edita sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs) – portarias ministeriais –, a fim de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem: definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (p. 140).

entanto, o PA está presente e, em muitas das vezes, viabiliza a “sobrevivência” de modelos de atenção burocratizados e ineficazes nas Unidades Básicas (CUNHA, 2004, p. 33).

Vem sendo um grande desafio romper com esse modo reducionista de fazer saúde e, nesse movimento do processo de constituição do SUS, diversas práticas, políticas e iniciativas têm constantemente surgido e sido implementadas para a efetivação do modelo de atenção pautado na universalidade e integralidade, exigidas pelo nosso sistema de saúde.

Também foi em meados da década de 1990 que surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), com a garantia de estímulo financeiro aos municípios e, ainda, com a proposta claramente definida nos moldes da prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, sendo um divisor de águas no sentido de representar realmente uma iniciativa concreta e da efetivação de princípios como a integralidade e a universalidade.

O Programa Saúde da Família surgiu em 1994 com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, numa conjuntura neoliberal que põe em risco a universalidade do sistema de saúde brasileiro. Por outro lado, assume diretrizes consoantes com o SUS, ou seja, integralidade, resolutividade e intersetorialidade das ações, trabalho em equipe, vínculo de corresponsabilidade às famílias assistidas e estímulo à participação social, e se propõe como estratégia para a organização da rede básica de serviços de saúde, com repercussões para o sistema de saúde. Entre programa de saúde pública e a estratégia de mudança, Saúde da Família segue os dilemas do SUS, qual seja, de pretender-se universal e igualitário, numa realidade neoliberal e com pouca cidadania organizada para exigir oportunidades de vida. Adota-se aqui a terminologia programa/estratégia para caracterizar a ambivalência entre mudança e conservadorismo que o PSF carrega, fruto da historicidade das políticas e modelos de atenção à saúde no Brasil. Acrescente-se que qualquer linearidade entre a noção de programa ou estratégia é restritiva, porque ambas se precisam para negarem-se numa dimensão transformadora. Ou seja, a mudança pretendida tanto precisa das normas, diretrizes e ordenações, como aquelas presentes na atual Política Nacional de Atenção Básica, quanto da negociação, flexibilidade, confronto e criatividade, inerente às ações de organização dos serviços no sistema de saúde (PIRES; GOTTEMS, 2009, p. 294).

Todavia, os indícios do modelo de PA no próprio PSF permaneceram evidentes, em alguma medida, ainda nos dias atuais, tornando crucial a necessidade de avanços na direção de superar o modelo médico e hospitalocêntrico.

2.2 Clínica Ampliada e Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde

No Brasil, apesar de mais de duas décadas de experimentação da Estratégia de Saúde da Família⁷ (ESF), têm sido verificados, desde muito cedo, problemas e desafios que apontam para a necessidade de se produzir avanços no que se refere a questões estruturais, a exemplo do financiamento insuficiente, da ausência de política de recursos humanos, da coexistência de modelo de unidades básicas e de ESF, da capacidade de a ESF se constituir, de fato, como ordenador e organizador do cuidado em saúde (BRASIL, 2010). Além disso, a necessidade em se aprofundar e desenvolver os processos voltados para a atuação interdisciplinar e superação do modelo tradicional de fragmentação da atenção, por diferentes profissões, tem sido permanentemente observada de forma que sejam incorporadas novas práticas e tecnologias em contraposição a essas dificuldades. Nesse percurso, destacamos aqui a importância de entender a posição que tanto a Clínica Ampliada quanto o Apoio Matricial ocupam nesse movimento de superação do modelo hegemônico. Passou-se a perceber que nesse percurso seria necessário e inevitável compreender e incorporar conhecimentos que ainda não faziam parte da AB para que se pudesse desenvolver um modelo de atenção mais amplo e eficiente.

Para tanto, parece ser necessário buscar conhecimento de outras fontes para que se possa pensar na saúde de maneira mais ampla e considerando a real complexidade dos sujeitos e das práticas em saúde, levando em conta o respeito à autonomia e o poder de escolha e participação dos usuários. Para Cunha (2004, p. 41, grifos do autor),

⁷ “A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados, respectivamente, pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2012, p. 54).

grande parte dos problemas de saúde de uma população sob responsabilidade das equipes de saúde na Atenção Básica, é impossível fazer alguma intervenção efetiva, sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas do território, de modo que a capacidade de diálogo é realmente essencial. O que implica em disposição (e técnica) para escuta, em aceitação do *outro* e dos saberes do *outro*.

Exatamente após esse contexto de constituição do SUS nos anos 1990, a partir dos limites colocados para a efetivação do cuidado e resolutividade dos problemas de saúde no sentido amplo, surgiu a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) como uma política transversal que “é convocada a lidar com os limites territoriais e modos de funcionamento das políticas do SUS, construindo composições que resultem em entendimento comum, e permitam a inclusão em suas formulações e modos de fazer, dos princípios, diretrizes e método da humanização” (BRASIL, 2010, p. 7). Nesse sentido, desde 2003, a PNH se propôs a promover a progressiva profundidade no diálogo que perpassa os modos de gerir e cuidar da saúde através das seguintes diretrizes: Acolhimento; Gestão participativa e cogestão; Ambiência; Clínica ampliada e compartilhada; Valorização do trabalhador; Defesa dos direitos dos usuários. Nesse ponto, merece destaque especial a diretriz da Clínica Ampliada, entendida como uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Essa ferramenta permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

A proposta da Clínica Ampliada e Compartilhada surge na contramão das práticas tradicionalmente desenvolvidas de redução dos sujeitos, com recortes diagnósticos ou burocráticos. Vem com o propósito de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, ao mesmo tempo reconhecendo e utilizando seu potencial de saberes, para relacionarem-se com os sujeitos enquanto protagonistas do seu próprio projeto terapêutico. Ela é um compromisso ético e radical com o sujeito doente, visto de modo singular em suas diferenças. A proposta então é a do trabalho em equipe para lidar com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade de fatores envolvidos no processo do adoecer (BRASIL 2010, p. 80).

Quando constatamos a necessidade em direcionar as ações do modelo curativo clássico para o modelo de prevenção e promoção da saúde (desafios do processo de descentralização e de superação do modelo de PA) e, ao mesmo tempo, observamos a proposta da PNH e, principalmente, da Clínica Ampliada, a qual considera e enxerga o sujeito doente enquanto complexo e imprescindível em relação à própria enfermidade, evidenciamos que tratam da mesma luta, de modo que ambas se contrapõem aos impactos causados pela hegemonia histórica da prática clínica tradicional nos diversos espaços de produção do cuidado em saúde, que, por sua vez, aliadas às suas implicações na formação dos profissionais e gestores e, ainda, à própria influência sobre visão do usuário, o qual busca o serviço de saúde, criaram um ambiente turvo e problemático que alimenta a visão reduzida a respeito da doença e do sofrimento humano antes mesmo da concepção de nosso sistema de saúde.

Ainda em consequência desse movimento, podemos verificar no campo acadêmico, frequentemente, a predominância de grades curriculares reduzidas à prática clínica tradicional, ambulatorial e tecnicista, entregando ao mercado de trabalho profissionais despreparados para lidar com o complexo, trabalhar com as coletividades, de forma integrada e corresponsável com os usuários, e dialogar com os diferentes profissionais da saúde e com a rede de atenção ao usuário. Ou seja, sua atuação resume-se apenas ao que pertence ao seu núcleo específico de conhecimento de forma fragmentada e descontínua. Nessa direção, a criação de espaços que se contraponham a essa conjuntura de produção do cuidado, participando da construção de uma visão ampliada acerca do sujeito e das coletividades, bem como de dispositivos de qualificação da atenção e gestão do cuidado em saúde tornou-se imprescindível para a efetivação de um modelo pautado na reorganização das práticas e que seja capaz de “articular e desenvolver projetos terapêuticos inclusivos, valorizar a singularidade de cada sujeito, bem como promover ações de saúde e preventivas que visassem intervir nas diversas dimensões relacionadas à forma de adoecer e sofrer das pessoas” (ASSIS, 2010, p. 43). Com essa compreensão, novos espaços de produção do cuidado orientados pela perspectiva da Clínica Ampliada e pelo Apoio Matricial foram criados e incorporados na estrutura organizativa do SUS, inicialmente, no campo

da saúde mental através dos Centros de Atenção Psicossocial e, posteriormente, na AB, com a incorporação de equipes de apoio interdisciplinares através da criação e implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Na perspectiva de ampliar o escopo das ações de saúde e de qualificar e instrumentalizar, surgiu o apoio matricial ou matriciamento como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção em saúde que é pedagógico-terapêutica. Ou seja, a missão do apoio matricial está em

proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (CHIAVERINI, 2011, p. 15).

O apoio matricial trata-se de uma metodologia de trabalho complementar à prevista em sistemas hierarquizados, caracterizados pelos mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. Depende da construção de um processo de trabalho compartilhado e participativo entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas apoiadores, de modo a prever critérios para acioná-los, definindo as responsabilidades dos diferentes integrantes da equipe de referência e apoio. Por esse viés, enxergamos o grande potencial dessa ferramenta institucional de gestão do cuidado, na medida em que “introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais da saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõem o sistema de saúde” (OLIVEIRA, 2008, p. 263).

Nesse contexto, a Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Segundo essa portaria, os

NASF deveriam buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF) e, para tanto, deveriam se apropriar dos conceitos de Apoio Matricial e Clínica Ampliada, como fundamentos norteadores de suas práticas. Desse modo, reconhece-se que, com a instituição dos NASFs, a Política Nacional de Atenção Básica incluiu a política de humanização como diretriz para o trabalho, colocando os vários dispositivos da PNH, como Projeto Terapêutico Singular, Apoio Matricial, Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, entre outros, como ferramentas de ação. Nessa perspectiva, “a inclusão do conceito-ferramenta apoio institucional, principal tecnologia de ação da humanização, é uma contribuição indelével da PNH para a atenção básica” (BRASIL, 2010, p. 7).

Todavia, apesar da proposição dos NASF e da inegável contribuição da PNH nos processos de trabalho em saúde e produção do cuidado, na prática cotidiana da atenção básica, infelizmente, até hoje a superação do legado do modelo de Pronto Atendimento se configura como um grande desafio, enfrentando pressões de atores sociais que ainda tendem a reproduzi-lo.

Permanece o desafio de ampliar o foco da clínica dos profissionais para além da doença e do corpo. Ou seja, permanece o desafio de preparar os profissionais da Saúde da Família para o desenvolvimento de abordagens psicossociais e particularmente o manejo de tecnologias relacionais, que envolvem o trabalho com equipes, famílias, grupos e comunidade (OLIVEIRA, 2008, p. 54).

O matriciamento diferencia-se do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de Atenção Básica tradicional onde os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), havendo uma transferência de responsabilidade de quem encaminha para quem recebe o caso. Nesse processo hierarquizado, a comunicação entre os envolvidos ocorre de forma precária, descontínua e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade e muitas vezes não são preenchidos. Todavia, os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais e longitudinais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais,

operadas pelo apoio matricial. “O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades” (CHIAVERINI, 2011, p. 15). Para tanto, faz uso de alguns instrumentos, os quais também são propostos nos Cadernos de Atenção Básica do SUS (CAB) e que caracterizam esse trabalho interdisciplinar horizontalizado e longitudinal, sendo eles: elaboração do Projeto Terapêutico Singular no apoio matricial de saúde; interconsulta como instrumento do processo de matriciamento; consulta conjunta de saúde na Atenção Básica; visita domiciliar conjunta; contato a distância: uso do telefone e outras tecnologias de comunicação; genograma; ecomapa. Desse modo, espera-se que o encontro entre as equipes da ESF e do NASF seja promotor de qualificação também através do manejo de ferramentas de gestão do cuidado, notadamente do Projeto Terapêutico Singular.

A princípio, quando uma equipe ou profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial auxilie esta equipe na formulação/reformulação e execução de projetos terapêuticos singulares para indivíduos e coletivos, que necessitem de uma intervenção em saúde que exige maior complexidade e manejo de cuidado diferenciado pela equipe e com a qual ela teve dificuldades. Essas dificuldades podem ser de diversas ordens, relacionadas a alguma tecnologia (de abordagem, de relação, de procedimento etc.), que a equipe enfrenta diante de um caso considerado desafiador. Dessa forma, a aposta nesse arranjo está na troca de saberes entre equipes e profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde (no seu amplo sentido) de um sujeito individual ou coletivo, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis (OLIVEIRA, 2008, p. 263-264).

No campo coletivo, o NASF encontra um papel primordial enquanto articulador das ações em rede e dos profissionais nos diversos territórios assistidos por equipes de saúde apoiadas, ampliando o escopo das ações ofertadas nas comunidades e potencializando os resultados pela organização do trabalho em equipe. Nesse contexto, há uma aposta na formação de uma rede ampla de apoio que amplie as possibilidades de intervenção junto às famílias em suas necessidades de cuidado, promovidas mediante pactuações entre trabalhadores, gestores e outros atores envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2013). O projeto terapêutico ocupa, assim, o

lugar de destaque entre as ferramentas de gestão do cuidado, dado o seu potencial articulador das redes de atenção aos usuários.

2.3 Projeto Terapêutico Singular: um desafio a ser considerado

A construção de Projetos Terapêuticos na saúde representa uma importante ferramenta para a gestão de um cuidado mais ampliado e compartilhado das ações em rede na saúde, na medida em que facilita a definição de papéis e ações e a discussão em equipe em torno de uma realidade complexa e subjetiva, buscando a resolutividade de problemas. O Projeto Terapêutico Singular é um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. Segundo Carvalho e Cunha (2006), o uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – é fundamental levar em consideração não somente o indivíduo, mas todo o seu contexto social em suas singularidades. De acordo com Chiaverini (2011), os projetos terapêuticos podem ser familiares, coletivos e até territoriais, o que restringe o uso da palavra “individual”. Nesse sentido, ainda que o centro de um Projeto Terapêutico Singular seja, de fato, um indivíduo apenas, olhar para os cuidados de alguém requer um foco abrangente que inclui o seu entorno familiar e territorial. Além disso, exige a habilidade de atuar em rede e de forma articulada aos diversos serviços e profissionais envolvidos.

Construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser um processo coletivo envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Para tanto, deve haver uma formação de compromisso e responsabilização, entre os sujeitos na execução do PTS. No cotidiano das experiências desenvolvidas em torno dessa temática (OLIVEIRA, 2008, p. 276).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), formular e operar um PTS demanda a realização de três movimentos, necessariamente sobrepostos e articulados, quais sejam: 1 – coprodução da problematização, 2 – coprodução de projeto e 3 – cogestão/avaliação do processo.

O primeiro diz respeito ao processo que produz o acesso dos sujeitos à

singularidade do caso em discussão. O reconhecimento de uma situação problemática em questões de saúde na ideia de “caso” muitas vezes é tomado pela equipe de saúde como um movimento unilateral desta, à revelia do(s) usuário(s) envolvido(s). Isso se deve, em parte, à tradição que faz a delimitação dos problemas de saúde a partir da expertise da equipe que se assume como detentora do saber “científico”. Todavia, se essa expertise produz na equipe um olhar “armado” para a detecção e para o enfrentamento de problemas de saúde, quando esse mesmo olhar é colocado como o único capaz de explicar e atuar no seu contexto de vida, muitas vezes provoca no(s) usuário(s) movimentos ora de resistência, ora de submissão, dificultando a formação de compromisso com o processo terapêutico e a produção de autonomia. Para uma Coprodução de Problematização, será necessário que a equipe não somente reconheça a capacidade/poder de as pessoas interferirem na sua própria relação com a vida e com a doença, como também colocar em análise seus próprios saberes.

O segundo movimento traz consigo o desafio de conciliar as práticas de planejamento com o sentido de projetualidade, ao mesmo tempo que produz estímulo para a participação ativa dos atores envolvidos. No cotidiano dos serviços, as práticas de planejamento concentram-se muito mais na resolução pragmática de problemas do que propriamente na produção de novos contextos, produção de procedimentos, sem, necessariamente, implicar produção de saúde e melhor qualidade de vida. Nesse caso, o que se propõe é uma concepção sobre planejamento em saúde no cotidiano, que privilegie os momentos de compartilhamento da compreensão do “problema” e a pactuação de “objetivos” no coletivo, tencionando a capacidade de leitura e análise estratégica de cenários e das implicações envolvidas, como forma de preservar a complexidade da problemática em discussão (evitando reducionismos) e como passo subsidiário e essencial para a discussão e planejamento das ações. A dinâmica de planejamento no PTS deve partir do princípio de que tudo o que se mobiliza em termos de conhecimento, de experiência e de fluxos afetivos com relação ao caso é motivo para análise, a qual deve conduzir a busca por um entendimento profundo do caso, por parte da equipe e do(s) próprio(s) usuário(s) envolvidos.

O terceiro movimento surge desde o momento em que a equipe, mesmo antes de definir o caso, sente a necessidade ou é estimulada a criar ou qualificar os espaços

coletivos de reunião. Para haver possibilidade de uma equipe reunir-se e formular um PTS, será necessário criar essa possibilidade no seu cotidiano de trabalho, ou seja, produzir espaço de agenda. Legitimar na própria equipe e nas relações com outras equipes, com a gestão e com a população, o PTS como dispositivo importante na ampliação da capacidade resolutive da equipe e do serviço. Para tanto, equipe e gestão deverão construir uma forte argumentação para convencer-se e convencer os outros sujeitos da importância de “parar” para discutir um caso, mesmo com todo o “excesso de demanda” que chega aos serviços todos os dias. Especialmente em casos complexos, muitas vezes, as ações necessárias em um PTS são exclusivamente formuladas para aquele caso, fugindo dos modos gerais de organização do trabalho no serviço.

A construção do PTS parte de um diagnóstico situacional amplo que englobe as diferentes áreas e agentes envolvidos na situação problemática observada para que se possa potencializar o que pode ser feito dentro da atenção primária, sem esquecer dos cuidados que podem ser ofertados por outras esferas de atenção, caso sejam necessárias. Dessa forma, Cunha (2004) cita as seguintes áreas de abordagem para orientar a construção de um PTS: abordagens biológica e farmacológica; abordagens psicossocial e familiar; apoio do sistema de saúde; apoio da rede comunitária e trabalho em equipe.

A construção de um PTS pode ser sistematizada em quatro momentos (BRASIL, 2013, p. 74), conforme demonstrados a seguir:

1) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

2) Definição de ações e metas: após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, as quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou

pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição.

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de AB e NASF) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações.

4) Reavaliação: nesse momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias.

No estado do RN, identificamos ainda um espaço pouco explorado no que diz respeito à oferta e ao desenvolvimento de atividades ligadas à clínica ampliada, ao apoio matricial e, principalmente, à utilização de PTS, bem como a sua incorporação nos processos de trabalho na Atenção Básica, sobretudo na Estratégia Saúde da Família. Nesse contexto, ainda predominam os arranjos de trabalho concernentes ao modelo biomédico/hospitalocêntrico e a assistência voltada apenas para o adoecimento. Dessa forma, é possível observar facilmente os problemas relacionados à baixa resolubilidade e certa insensibilidade dos profissionais no que tange à subjetividade que subjaz ao sofrimento humano, limitando-se à visão reduzida que se dá ao se buscar enfrentar apenas o que se chama de doença através da medicalização e foco no atendimento clínico. Nesse sentido, também o usuário acaba por reproduzir na forma de demanda, sendo também pouco considerado enquanto autônomo e relevante para o seu próprio cuidado diante da complexidade inerente ao processo saúde/doença em cada indivíduo.

A esse respeito, Oliveira (2008, p. 68) aponta algumas contribuições pautadas na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, tendo em vista que “possibilitam promover potenciais em equipes, seja na análise e interpretação dos problemas levantados, seja na criatividade, trazendo o empoderamento aos profissionais, de modo a buscarem implementar novas práticas, a partir dos ‘novos olhares’ que ampliam a clínica e redefinem novas formas de gestão do cuidado e do serviço”. Esse é o ponto estratégico que fundamenta ainda mais a relevância para o desenvolvimento de

estudos que permitam o aprimoramento e fortalecimento da Clínica Ampliada através do uso dessa ferramenta nos espaços de cuidado na Atenção Básica. No entanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 98) reconhece:

A garantia de continuidade, de avaliação e de reavaliação do processo terapêutico sem que, no entanto, isso implique em burocratização do cuidado, do acesso e da organização do serviço representam grandes dificuldades e desafios para os serviços e para as equipes de saúde que se propõem a fazer PTS.

Por essa razão, é necessário ainda avançar e conhecer melhor as limitações e os modos de elaboração e aplicação dos PTS, no sentido de minimizar suas limitações e potencializar seu poder de produção de novos contextos e realidades em saúde.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

3.1 O tipo e local do estudo

Ao tomar o PTS como objeto de estudo, percebe-se que em torno dele e em sua constituição estão as concepções de Clínica Ampliada e Apoio Matricial que estiveram presentes em todos os momentos deste estudo e foram também objeto do olhar da presente pesquisa, dada a sua relação conceitual e operacional no cotidiano do cuidado em saúde na AB. Dessa forma, esse objeto assim delimitado exigiu a realização de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, envolvendo o discurso dos profissionais que atuam na ESF e no NASF acerca do PTS, no sentido de investigar como uma Equipe de Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que a apoia utilizam o Projeto Terapêutico Singular no seu território, assim como conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais (das equipes NASF e ESF) sobre a ideia de Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular, além de identificar como as equipes se comunicam e se vinculam para a construção do PTS e realização do apoio matricial e identificar as potencialidades e dificuldades vividas pelas equipes para o uso do PTS como ferramenta de gestão do cuidado.

A abordagem metodológica utilizada foi a da pesquisa qualitativa exploratória, de acordo com Minayo (2012, p. 10), que permite um desenho metodológico capaz de explorar diferentes perspectivas em torno de um objeto de estudo e que possibilita “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. A escolha por desenvolver um estudo de desenho qualitativo parte também da natureza complexa e subjetiva de nosso objeto de estudo que exigiu a exploração dos significados que os indivíduos produziram sobre o PTS e deste na relação com o cotidiano da AB, do apoio matricial e da clínica ampliada como diretriz ou não do cuidado, além de ter permitido a análise sobre as características do processo de trabalho e articulação dos diferentes atores envolvidos nessa construção. Minayo (2013), ao tratar das características da

pesquisa qualitativa, afirma que esta permite responder a questões muito particulares, uma vez que

ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013, p. 21-22).

Diante desse contexto, debruçamo-nos sobre a realidade de uma equipe de saúde da família e de uma equipe de NASF que a apoia, de modo a conhecer esse universo de significados, aspirações, valores, atitudes e crenças em relação à gestão do cuidado na AB e, mais especificamente, ao PTS como ferramenta de trabalho, bem como às dificuldades e potencialidades de seu uso.

3.2 Participantes do estudo

Para delimitar e escolher as equipes que seriam participantes da pesquisa, conversamos com alguns atores (profissionais e gestores) na atenção básica dos municípios próximos à capital (Natal), de modo a facilitar nosso acesso e também nos dar ciência acerca da existência de equipes que porventura utilizassem o PTS de alguma maneira. De antemão, excluimos Natal e outros municípios de grande porte como uma possibilidade, já que constitui um município com maior complexidade e que demandaria um estudo envolvendo maior tempo e investimento em pesquisa, o que, no âmbito da nossa realidade como profissional, estudante e pesquisador, colocou-se como um limite importante contextual.

Ainda sobre esse ponto, a escolha do município estudado foi fruto da minha experiência de anos em contato com equipes de referência e apoio matricial no nosso estado, estando na condição de facilitador de cursos e oficinas em apoio matricial, assim como na condição de participante de reuniões e cursos nos quais pude conhecer e compartilhar experiências com colegas de outras equipes de AB, principalmente do Rio Grande do Norte. Não foi uma escolha aleatória, tendo em vista entendermos que

abordar um município de pequeno porte poderia representar um recorte do que seja a realidade da maioria dos municípios do Rio Grande do Norte e também poderíamos minimizar contratempos com a articulação de equipes muito grandes ou com realidades específicas de municípios de grande porte ou a própria capital.

Para a escolha da equipe de ESF de referência, foi realizada uma reunião com as três equipes de NASF do município, as quais indicaram a única equipe da região que possuía experiência com o desenvolvimento e execução de PTS. Esta então foi abordada em uma reunião específica na qual consentiu em participar da pesquisa. Em face disso, o grupo de participantes da pesquisa foi composto por oito integrantes de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (um médico, um enfermeiro, um odontólogo, dois profissionais técnicos de enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde) e os seis profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (um assistente social, um educador físico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um nutricionista e um psicólogo) que apoia a primeira equipe. O critério de inclusão foi ser profissional de uma das equipes escolhidas. O critério de exclusão foi estar em férias, licença ou afastado do trabalho. Os participantes se dispuseram voluntariamente a colaborar com a pesquisa, conforme as exigências éticas.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Para abordar equipes na elaboração e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, seria necessária, nesse caso, uma abordagem capaz de analisar e explorar os significados produzidos pelos profissionais nesse processo, em suas diferentes perspectivas. Para tanto, durante a fase empírica de produção de dados foram realizadas inicialmente entrevistas semiestruturadas individuais, com cada um dos profissionais participantes, bem como dois Grupos Focais denominados de GF-1, composto pelos profissionais do NASF, e GF-2, formado pelos profissionais da equipe de referência.

No entendimento de Mattos e Castro (2010), a entrevista semiestruturada é um tipo de instrumento que pode dar ampla liberdade ao pesquisador, uma vez que é flexível e permite perguntas e/ou intervenções para elucidar um caso particular do

roteiro previsto. Para Minayo (2012), as entrevistas podem ser consideradas conversas, assim como um encontro entre o entrevistado e o entrevistador com a finalidade de obter informações a respeito do assunto que se deseja compreender. Uma entrevista semiestruturada é definida como um conjunto de perguntas fechadas e abertas no qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação predefinida, tendo, portanto, maior liberdade de explorar o tema objeto de estudo (MINAYO, 2012). Sobre a utilização de Grupo Focal (GF) como instrumento de coleta de dados, acreditamos que este complementa a entrevista individual. Em relação a sua utilização, Patton (1990) e Minayo (2000 *apud* TRAD, 2009, p. 780) afirmam que o Grupo Focal

difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a este a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista.

Os profissionais foram entrevistados pelo pesquisador, em dias, locais e horários marcados previamente e respeitando-se a conveniência do profissional e do serviço em que atua, no período de 30 de maio de 2016 a 30 de junho de 2016, e tiveram duração média de 10 minutos. Todas as entrevistas foram registradas por meio de gravação digital das falas dos profissionais e, em seguida, os dados submetidos à transcrição na íntegra e posterior organização e análise dos dados. Esse instrumento de coleta de dados é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais (MINAYO, 2012).

Nas entrevistas individuais, foram exploradas as perspectivas de cada profissional e, nos Grupos Focais, buscou-se o diálogo das diferentes perspectivas e também os pontos em comum que sustentavam no discurso o trabalho com o PTS. Nesse sentido, foram estruturados roteiros de entrevistas individuais (APÊNDICE D) e de Grupos Focais (APÊNDICE E) que permitiram um encontro do pesquisador com os participantes, orientado pelo interesse em investigar como os participantes utilizavam PTS, que sentidos atribuem aos conceitos de Clínica Ampliada, de Apoio Matricial, além do próprio PTS. Além disso, estava presente o interesse em identificar como cada

equipe de apoio (NASF) e de referência (ESF) se articulava, construía e aplicava PTS em seu território, bem como as potencialidades e dificuldades vividas nesse trabalho.

Após a anuência da gestão municipal para a realização do estudo, o pesquisador compareceu à SMS em 18 de fevereiro de 2016, em um momento de reunião técnica com a NASF, e à UBS no dia 11 de abril de 2016, com a ESF, para apresentar às equipes uma breve explanação sobre os objetivos da pesquisa e, mais especificamente, sobre a realização dos Grupos Focais com cada uma das equipes em separado.

Nesse contexto, os Grupos Focais foram realizados nas dependências da sala de reuniões da SMS e em uma sala reservada nas dependências da UBS. Apesar de o ambiente não ter sido tão favorável à discussão grupal, devido ao fato de não ter sido possível eliminar completamente ruídos e ocasionais interrupções externas, com a colaboração de todos foi possível realizar a discussão em configuração de roda de diálogo, não havendo nenhum entrave para essa etapa.

Para disparar a discussão, o pesquisador lançou mão de um roteiro de perguntas que orientou a conversa (APÊNDICE E) e que foi previamente construído por ele, com vistas a nortear a discussão e evitar a mudança do foco.

Durante todo o processo dos Grupos Focais, foi incentivada pelo pesquisador/facilitador a participação de todos que estavam presentes, desenvolvendo uma discussão democrática e coletiva, em que cada um tinha um importante papel na contribuição do debate, independentemente de cargo que exercia na USF.

Os depoimentos dos participantes foram gravados e a dinâmica do grupo foi registrada em vídeo e áudio digitais que captaram todo o processo. Posteriormente, os depoimentos foram transcritos para o programa Word, de modo a garantir a fidedignidade dos dados. Após a realização do Grupo Focal, os depoimentos dos profissionais foram transcritos a partir dos áudios e vídeo gravados durante o momento da coleta. No entanto, destaca-se que somente foi realizada a transcrição do conteúdo oral e não gestual e não verbal. A partir disso, realizou-se a leitura do texto transcrito e foi iniciada a sua análise, identificando os temas relacionados ao objeto e aos objetivos do estudo, realizando o recorte e agrupamento dos textos de acordo com suas semelhanças.

3.4 Procedimentos de análise de dados

Os dados coletados foram devidamente transcritos e submetidos à análise de conteúdo, que, de acordo com Bardin (2011, p. 47), trata-se de

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin é uma técnica metodológica que pode ser aplicada a todas as formas de comunicação e em diversos discursos, na qual o pesquisador procura realizar uma compreensão do que está por trás das mensagens levadas em consideração para o estudo.

Sendo assim, a técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin (2011) como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa é uma fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que possibilitem fundamentar a interpretação.

Na segunda etapa, os dados são codificados a partir das unidades de registro que deram origem à tabela de categorias prévias (APÊNDICE F).

Na última etapa, faz-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Depois de agrupados nas categorias prévias formuladas na etapa exploratória, os conteúdos das falas foram novamente analisados e comparados para enfim serem reordenados com base no grau de relevância e proximidade dos significados que foram analisados e comparados, considerando as duas equipes de participantes (NASF e ESF). Por fim, para a discussão e apresentação dos resultados, o conteúdo dos relatos foi finalmente analisado e ordenado na forma de três categorias analíticas, a saber: 1 –

multiprofissionalidade, corresponsabilidade e resolutividade, 2 – concepções de PTS, dificuldades e o desconhecimento sobre PTS e 3 – articulação e planejamento.

Destaca-se que as três fases apontadas por Bardin (2011) apresentam os caminhos seguidos para a análise, mas pode haver entre elas variações na forma de condução. As comunicações, as unidades de análise e a forma de tratar essas unidades podem variar conforme o pesquisador, pois alguns deles preferem utilizar palavras, enquanto outros escolherão sentenças, textos etc., como também existem os que centram sua atenção em temáticas específicas (BARDIN, 2011).

3.5 Aspectos éticos e legais

A pesquisa respeitou todos os procedimentos éticos cabíveis e preconizados pelas legislações vigentes, com parecer aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no dia 27 de maio de 2016, em cumprimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde através da Plataforma Brasil, com CAAE 55649816.7.0000.5292 (APÊNDICE G).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos profissionais participantes

Com base nas entrevistas individuais, foi possível traçar um quadro geral de caracterização dos profissionais participantes, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais participantes

Equipe NASF			
Profissional	Idade	Formação/Atuação profissional	Tempo de experiência na Atenção Básica
NUT – Nutricionista	28 anos	Curso de Gastronomia e pós-graduação em nutrição esportiva não concluída, experiência em nutrição de restaurante (carteira de trabalho assinada) e ensino em escola técnica (contrato), além de atendimento clínico particular.	3 anos
PSI – Psicóloga	26 anos	Graduação em Psicologia, cursando pós-graduação em processos de saúde e hospitalização, possui experiência em estágios em psicologia hospitalar, experiência em CAPS, psicologia organizacional.	3 anos
AS – Assistente Social	27 anos	Graduação em Serviço Social	2 anos
FIS – Fisioterapeuta	53 anos	Atuação em dois hospitais gerais, clínica particular.	3 anos
EF – Educadora Física	29 anos	Atuação em aulas de <i>ballet</i> para crianças, educação física em escolas particulares, academias, ginástica coletiva.	2 anos
FON – Fonoaudióloga	23 anos	Formada há 2 anos, experiência em atendimento clínico particular.	6 meses

Equipe ESF			
MED – Médico	25 anos	Recém-formado, experiência em pronto-socorro em alguns municípios.	2 meses pelo PROVAB
ENF – Enfermeira	30 anos	Fazendo pós-graduação em enfermagem do trabalho.	5 anos
ODO – Odontóloga	30 anos	Recém-formada, possui outra graduação em Ciências Biológicas, relata experiência apenas nos estágios da graduação e atua a menos de um mês na ESF.	1 mês
TE – Técnica de Enfermagem	31 anos	Possui também curso técnico em instrumentação cirúrgica e atua também em centro cirúrgico.	3 anos
ACS1 – Agente Comunitário de Saúde	39 anos	Curso Técnico e Auxiliar de Enfermagem há mais de 10 anos.	13 anos
ACS2 – Agente Comunitário de Saúde	56 anos	Possui Curso Técnico de Enfermagem, curso de cuidador de idoso e outros cursos dos quais não se recordou no momento da entrevista.	19 anos
ACS3 – Agente Comunitário de Saúde	47 anos	Possui Curso Técnico de Enfermagem.	16 anos

No quadro acima, é interessante observar que a maior parte dos profissionais, tanto da ESF como do NASF, trabalha na atenção básica há menos de 5 anos, sendo o profissional médico e o odontólogo aqueles com menor tempo de experiência e o profissional agente comunitário de saúde o com maior tempo de experiência. Além disso, destaca-se também o fato de que apenas dois profissionais estão cursando pós-graduação, sendo que os demais não revelaram qualquer formação pós-graduada e ou curso de qualificação para atuação na ESF. Esses dados estão na mesma direção do que aponta a literatura e seguem o padrão encontrado por Marqui *et al.* (2010), quando

em seu estudo sobre a caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho apontaram que os resultados

revelaram uma faixa etária jovem, feminina e com formação profissional recente. Quanto ao processo de trabalho, foram observadas algumas dificuldades, dentre elas: a forma de contratação, a falta de infraestrutura das unidades de saúde, a dificuldade de trabalhar em equipe, a falta de especialização dos trabalhadores, a não compreensão da população sobre a proposta da ESF e até mesmo o relato da ausência de dificuldades (MARQUI *et al.*, 2010, p. 956).

No que tange ao perfil dos Agentes de Saúde, também verificamos na literatura que os entrevistados no presente estudo seguem uma caracterização semelhante à apontada em pesquisas anteriores. Lino *et al.* (2012, p. 61), em seu estudo sobre o perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde, afirmam: “O tempo médio de trabalho como ACS foi de cinco anos, que oscilou entre nove meses e 11 anos”. Além disso, verificaram que

a população de ACS em Florianópolis era hegemonicamente do sexo feminino e sua faixa etária predominante oscilava entre 30 e 45 anos de idade, ou seja, composta por adultos jovens, o que é corroborada por pesquisa realizada em Santo André/SP. Esta realidade, ainda coincide com o perfil dos trabalhadores da saúde de outras regiões brasileiras, como a exemplo de Belo Horizonte, Distrito Federal, Porto Alegre, Recife, Salvador, São Paulo e Goiânia, onde a faixa etária predominante era acima dos 25 anos e a proporção feminina superava os 70% chegando a atingir 75,4% em Porto Alegre (LINO *et al.*, 2012, p. 61).

As características dos profissionais entrevistados nos permitiram contextualizar algumas das questões trazidas e discutidas junto a eles nos Grupos Focais. Os dados produzidos nesses encontros com as equipes nos possibilitaram construir três eixos de análise nos quais organizamos os resultados e a discussão dos dados a seguir.

4.2 Em torno do Projeto Terapêutico Singular, o discurso da multiprofissionalidade e da corresponsabilidade

Ao nos debruçarmos sobre os dados acerca dos significados de PTS, pudemos identificar que todos os integrantes do NASF e os técnicos de nível superior da ESF

fizeram menção a corresponsabilidade, participação multiprofissional e resolutividade como ideias em torno das quais entendem o que seria um PTS. Verificamos ainda que existe uma aproximação quanto aos sentidos de corresponsabilidade, participação multiprofissional e resolutividade na execução dos PTS. Também foi possível averiguar que esses elementos estavam frequentemente presentes e relacionados nos depoimentos dos participantes como elementos que fazem parte da concepção e da prática em PTS. Vejamos a seguir algumas falas que representam o que foi observado:

É um **trabalho voltado para o multidisciplinar**, onde exige a presença de vários profissionais atuando juntamente para a qualidade de vida daquela pessoa ou daquele determinado público (Educadora Física NASF – Entrevista).

A questão do projeto terapêutico singular, ao meu ver, é um projeto que a gente vai pegar um paciente o qual **necessita de vários profissionais** pra que haja uma intervenção e a gente estuda aquele caso e está desenvolvendo uma solução. Realmente, de fato, fazer com que essa solução ela venha, além da gente (os profissionais) se reunir e discutir o caso. **Como já diz o nome, singular, de uma única pessoa, um único caso**, todos os profissionais estarem envolvidos. O médico, se precisar de alguma especialidade, buscar essa especialidade e trazer junto pro projeto, e a gente do NASF entrar nesse apoio desse projeto. Estar efetivo no projeto e estar vendo cada especialidade, vendo o que pode tá fazendo naquele caso, pra gente estar resolvendo de fato. Não ficar só na conversa. A gente levar pra prática e resolver a situação. E aí começa, o meu caso, de a gente no caso necessitar de uma dieta. Eu venho com uma intervenção alimentar e aí o paciente estar seguindo essa intervenção pra melhorar o quadro clínico dele dependendo de qual seja a patologia (Nutricionista do NASF – Entrevista).

Interdisciplinaridade, troca de conhecimentos, experiências, entendimentos. [...] Eu acho que as palavras-chave são: **organização, suporte, interdisciplinaridade** (Odontóloga ESF – Grupo Focal).

Pra mim o que é um projeto terapêutico é um atendimento com vários profissionais, seja ele do NASF, seja ele do PSF, esse **atendimento pode ser tanto pra um paciente quanto pra uma família**, entendeu? Não necessariamente ser só pra um indivíduo, mas pode ser pra uma família toda, com **vários profissionais em conjunto, realizando o trabalho em conjunto** [...]. Atendimento, vamos dizer que seja a consulta do médico, a orientação do enfermeiro, o atendimento do psicólogo, a presença do assistente social pra ver o que ele pode fazer por aquela família, por aquele indivíduo. A dentista estar presente, realizar orientações, pra fazer um trabalho em conjunto, entendeu? Cada um fazer a sua parte ali, naquele momento, eu acho que é isso (Enfermeira ESF – Entrevista).

Um primeiro aspecto que chama a atenção nas falas dos profissionais é o fato de que não há consenso no entendimento de a quem pode se dirigir um PTS, se a um indivíduo apenas ou a ele e sua família, confundindo-se muitas vezes a noção de singularidade com a de individualidade. Além disso, nenhum dos profissionais, seja na entrevista, seja nos Grupos Focais, referiu-se ao PTS como podendo ser dirigido à comunidade ou território como um todo. Como observamos na literatura, em relação à proposição do projeto terapêutico, o uso do termo “singular” substituiu o termo “individual”, com base na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – devem levar em consideração não somente o indivíduo, mas todo o seu contexto social em suas singularidades (CARVALHO; CUNHA, 2006). Dessa forma, os PTS podem ser familiares, coletivos e até territoriais.

A consideração do termo singular, no entanto, não se reduz a uma questão de nomenclatura ou mesmo à questão extensão do PTS, mas, sobretudo, diz respeito à afirmação do trabalho com as singularidades enquanto respeito e afirmação das diferenças na vida social. Nesse sentido, é que a Política Nacional de Humanização ressalta que o PTS é um “instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso” (BRASIL, 2010, p. 36).

Outro aspecto a se destacar nas falas dos profissionais concerne à ideia de que o PTS exige o trabalho em equipe, multiprofissional, “em conjunto”, ou em corresponsabilidade, visando o bem-estar do usuário e olhando para o indivíduo de forma integral em busca de resolutividade. Tais ideias se aproximam do princípio da integralidade, porque, além de princípio geral de funcionamento do SUS, na atenção básica a ideia de integralidade se converte também em diretriz da atenção e, como tal, exige o trabalho articulado em equipe multiprofissional no trabalho na ESF em particular, conforme orienta o Ministério da Saúde:

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF. Ela pode ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de

promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009, p. 16).

Já é um entendimento consolidado a ideia de que o modelo de organização de equipe no formato multiprofissional favorece a ampliação do olhar sobre o sujeito em contrapartida ao modelo biomédico e à clínica clássica. Dessa forma, o simples encontro de diversos profissionais em um mesmo ambiente não garante uma atenção integral aos indivíduos. É necessário que haja corresponsabilização, pactuação e diálogo entre as diferentes áreas, de maneira a promover atenção realmente integral frente ao modo clínico tradicional, ainda presente no cotidiano na AB, com olhares e modos de produção do cuidado muito arraigados às novas práticas em saúde. Deve haver um olhar compartilhado sobre a subjetividade dos sujeitos e, mais do que isso, que o próprio sujeito seja participante, autônomo e responsável pela sua saúde. Esse sentido foi um ponto importante observado na literatura.

Além de uma equipe multiprofissional, também é necessário valorar as relações interpessoais dos integrantes dessa equipe. Desse modo, é imprescindível que haja a formação de vínculos profissionais, o que possibilita aos trabalhadores compreender a realidade a ser vivenciada no sentido de promover o crescimento de cada um e de todo o grupo de trabalho. Esse processo facilita a resolução de conflitos existentes na prática cotidiana. Porém, para que haja essa formação de vínculos, o grupo de trabalho deve ser maleável, receptivo e adaptável às contínuas modificações que ocorrem no serviço (COSTA, 2014, p. 734).

Ainda acerca das falas sobre atuação multiprofissional e clínica ampliada, verificamos diversas afirmativas que vão no sentido da necessidade de ampliação da visão e atuação de diferentes profissionais de forma articulada e horizontal com diferentes áreas de conhecimento em busca de resolutividade, reconhecendo também a necessidade do diálogo entre os diferentes profissionais para a ampliação das ações, como elemento importante nesse processo.

Clínica Ampliada, pra mim, é você conseguir **enxergar o paciente em sua totalidade**, no meu caso que eu sou dentista, ir além da boca, você poder ser capaz de observar o paciente como um todo e não fragmentá-lo, de repente estar encaminhando ele para outras especialidades (Odontóloga ESF – Entrevista).

Como eu lhe falei, eu acho que **é um grupo que um dá cobertura ao outro, em conjunto** né? (ACS 1 – Grupo Focal).

Cada profissional tem a sua especialidade, tem o seu núcleo, é você ouvir. Eu como psicóloga, ouvir o que xxx como nutricionista tem sobre argumentar sobre esse caso, ouvir o que xxx como fonoaudióloga tem a falar sobre esse caso e assim sucessivamente, não só do NASF, mas de toda a equipe (Psicóloga NASF – Grupo Focal).

Considerando o contexto de atuação das equipes de NASF, onde é cotidiano o contato entre profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e a necessidade de ampliação da abrangência e do escopo das ações, a ampliação das ações e da resolutividade em direção de uma integralidade na atenção básica, além de ser identificada na literatura, também foi observada pelos participantes do estudo. Ou seja, “há relativo consenso em torno da necessidade de mais integração entre disciplinas, saberes e práticas, sendo que o desafio do desenvolvimento interdisciplinar há muito alcançou o terreno operacional, tornando-se tema recorrente no discurso dos profissionais e suas equipes” (FURTADO, 2009, p. 1).

Foi verificada, em diversos momentos, a necessidade de se pensar no trabalho de forma articulada e integrada entre as diversas áreas. Como pudemos observar, o “multiprofissional” em alguns momentos foi relacionado com a própria clínica ampliada e com o PTS. Em outras ocasiões, a atuação conjunta em função da resolutividade foi compreendida enquanto um ponto de dificuldade, mas que, embora não praticado no dia a dia, é provocado no trabalho conjunto com NASF. Vejamos:

É... eu acredito que Projeto Terapêutico Singular **é quando você realmente faz um trabalho em conjunto**. Por exemplo, nós visitamos uma família onde se tem duas crianças, a mãe das crianças, ela não procura o postinho. Ela não vem ao postinho. Então a agente de saúde entrou em contato comigo e aí eu fui lá com a psicóloga, levei a psicóloga e levei a assistente social, pra ver o que a gente poderia fazer. Então aí a gente foi, eu levei o anticoncepcional pra a mulher, né, pra paciente. E aí a psicóloga já deu uma observada nas crianças, a assistente social observou também a questão financeira. Na outra visita que eu realizei, o médico foi, já fez outra consulta com a mãe das crianças, encaminhou a criança de 2 anos para o ortopedista. No mesmo dia, eu levei a fonoaudióloga, entrei em contato com a fonoaudióloga, que a agente de saúde tinha entrado em contato com a fonoaudióloga pra avisar que havia a necessidade de realizar aquela

visita ali, e no dia que a gente vai a gente leva vacina, eu levo anticoncepcional (Enfermeira ESF – Entrevista).

Podemos perceber mais uma vez que o modelo multiprofissional não necessariamente garante a efetivação de uma clínica ampliada. Observamos um misto de referências nas concepções sobre a atuação com manutenção de arranjos pautados no modelo clínico tradicional, centrado na doença e no referenciamento das problemáticas com a atuação de áreas distintas, junto com referências em que existe uma atuação realmente integrada, articulada através do compartilhamento de saberes, ações e responsabilidades diante das problemáticas observadas. Além disso, constatamos que, além da articulação de saberes e práticas numa mesma equipe multiprofissional, coloca-se como desafio a articulação de saberes e práticas entre as equipes do NASF e da ESF, sendo considerados bem-sucedidos os casos em que se consegue fazer essa composição na resolução das situações problemáticas, como no relato da enfermeira acima. Além disso, as relações entre as diferentes profissões ora trazem composições necessárias, ora produzem conflitos que precisam ser mediados.

De acordo com Ellery, Pontes e Loiola (2013), a interface do trabalho dos profissionais é complexa, uma vez que no cotidiano do trabalho em saúde as áreas de atuação de cada profissional estão cada vez mais inter-relacionadas e que os saberes e as práticas são mais facilmente compartilhados quando ligados mais às questões sociais e à educação em saúde. Ou seja, no plano assistencial propriamente dito, há ainda dificuldades de compartilhamento de saberes e práticas.

Dessa forma, o espaço de construção de um PTS e todo o trabalho de articulação e discussão para que seja realizado, por si só, configuram-se como um instrumento de grande potencial para o desenvolvimento de equipes interdisciplinares, como a própria natureza da atenção básica exige.

O potencial de mudança do Saúde da Família reside tanto nas diretrizes que norteiam o processo de trabalho dos profissionais quanto na reorganização de serviços e práticas que ele pode ensejar. Ao delimitar o território como lócus de atuação da Equipe Saúde da Família (ESF), pautada no trabalho em equipe e no vínculo de corresponsabilidade com a população, pode organizar os serviços de saúde a partir da priorização dos problemas identificados, contribuindo para a organização da demanda aos demais pontos da rede de atenção. Dessa forma, além do

fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, responsabilizações partilhadas e promoção da autonomia, se a ESF estiver inserida num processo de educação, contar com condições adequadas de trabalho, bem como uma rede de média e alta complexidade do sistema de saúde operante, pode melhorar consideravelmente o acesso da população aos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2009, p. 296).

Além da relação entre as equipes na construção do PTS e das práticas de saúde em geral no contexto da ESF, é preciso levar em conta também a relação entre as equipes e os usuários do território. Nesse sentido, destacamos que, apesar de ser um ponto importantíssimo para a produção do cuidado, apenas um dos participantes trouxe em sua narrativa a participação do usuário na construção e aplicação de seu PTS, considerando a sua individualidade e subjetividade diante da capacidade de resolver seus próprios problemas como elemento integrante desse processo:

O Projeto Terapêutico Singular eu entendo que é você parar um pouco e estudar em cima daquela família ou daquele paciente. É você se debruçar um pouco de todas as opções que o projeto exige, que **é você trazer o paciente pra ser responsável também e você** desenvolver projetos com ele **pra que ele também desempenhe, pra que ele também busque**, não é só você chegar e dizer: “Você vai ter que fazer tal coisa”, mas é você trazer também ele também para essa responsabilidade (Psicóloga NASF – Entrevista).

No entendimento de Crevelim e Peduzzi (2005), no plano assistencial, a não participação dos usuários no cotidiano das decisões sobre sua saúde junto com a equipe ainda é comum na realidade do SUS, sendo então uma realidade também para as equipes participantes desta pesquisa.

Observa-se que, no espaço não institucionalizado da participação da população no interior da equipe, ou seja, na relação direta e cotidiana do usuário e serviço e do usuário e trabalhador, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisão. Ou seja, no plano assistencial e da construção do projeto assistencial comum, o trabalho em equipe está “para dentro” da equipe. Nesse sentido, reproduz-se o modelo de “pensar por”, “planejar por”, “decidir por”, ao invés de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população (CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p. 329-330).

Diniz (2013) também encontrou em seu estudo relatos em que se observou a não adesão do usuário ao serviço, afirmando que,

como apresentado na construção do PTS durante o AM em que o usuário se ausenta, evidencia-se que à medida que não é promovida a sua participação ativa na construção de sua terapêutica, o usuário tende a não se implicar de forma corresponsável com seu processo saúde-doença. É importante promover a capacidade de contratualidade e autonomia do usuário (DINIZ, 2013, p. 57-58).

Ou seja, na construção do PTS, a partir dos depoimentos dos profissionais, não se conta com a participação dos usuários como atores que tomam decisões e também têm saberes acerca do processo saúde-doença que deve ser considerado pelas equipes. Tal realidade enfraquece e dificulta o sucesso dos projetos terapêuticos singulares, uma vez que os principais beneficiados com projetos não estão envolvidos diretamente na sua elaboração e aplicação.

4.3 Concepção de PTS como estudo de caso: presença do modelo biomédico individualizante

Prosseguindo com a análise das falas dos profissionais, observamos que dois integrantes do NASF fizeram menção, em pelo menos seis momentos diferentes, à ideia de estudo de caso e/ou caso clínico⁸, ao se referirem à sua concepção de PTS. Nesse contexto, quando questionados a respeito do que entendiam por PTS, esses participantes fizeram referência ao cuidado individualizado exercido por profissionais de determinada área, identificando a ideia de PTS com a ideia de estudo de caso clínico.

⁸ “Podemos classificar os estudos de casos em dois tipos: os estudos de casos formais utilizados por pesquisadores para descrever, analisar e entender determinados fenômenos; e os estudos de casos informais, apropriados para a prática clínica, quando se deseja analisar ou descrever uma situação particular, identificar problemas em determinados campos, observar mudanças e explorar as causas. Chamamos de estudos de casos formais uma diversidade de pesquisas que têm por objetivos coletar e registrar dados de um ou vários casos, a fim de organizar um relatório ordenado e crítico, e avaliar profundamente os dados coletados, com o objetivo de tomar decisões e propor ações transformadoras” (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003, p. 372). Quando tratamos de caso clínico e de estudo de caso, podemos acabar por confundi-los em função de sua natureza comum ligada às características investigativa e de instrumento de exploração e de estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo. Entretanto, iremos diferenciá-los de acordo com o objetivo com o qual cada um é empregado. Sendo assim, o estudo de caso pode ser definido como “uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada coleta de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações” (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003, p. 372). Também existem classificações de estudo de caso em função do objetivo com o qual é empregado, dessa forma podemos classificá-lo enquanto estudo de caso formal e estudo de caso informal, sendo este segundo chamado também de caso clínico.

Para os participantes, de modo geral o PTS é um estudo de caso clínico enquanto um estudo mais aprofundado das necessidades de saúde de um paciente e/ou sua família, de forma semelhante à compreensão de estudo de caso de Galdeano, Rossi e Zago (2003, p. 372):

Os estudos de caso clínico são os estudos aplicados na assistência direta de enfermagem, com o objetivo de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, proporcionando subsídios para enfermeira estudar a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados.

Observamos, assim, que prevalece no discurso dos profissionais a concepção individualizante do projeto terapêutico e não aquela coletiva e singularizante, apesar de sempre se referirem à ideia de um trabalho compartilhado e construído através do diálogo das diferentes especialidades, conforme analisamos no tópico de discussão anterior. Podemos supor que tal perspectiva individualizante é fruto das formações em saúde que são tradicionalmente voltadas para a perspectiva clínica individual que sustenta o modelo biomédico de atenção.

Vejamos os seguintes depoimentos:

Eu não tenho experiência com isso, mas eu **entendo que seja um caso clínico**, na verdade, né? Como a gente faz nas clínicas em outras instituições, que têm os casos clínicos para os profissionais discutirem, o Projeto Terapêutico Singular acredito ser assim também, é cada profissional vai dar a sua contribuição naquele caso, e vai tentar colocar em prática aquilo que foi discutido (Fonoaudióloga NASF – Entrevista).

Primeiramente, pra você montar um projeto terapêutico, seja lá como for, **a primeira coisa que você tem que fazer é diagnosticar o problema**, né?! Então muitas vezes esses problemas chegam utilizando a estratégia de saúde da família como um grande exemplo. Esse diagnóstico muitas vezes se inicia com o Agente Comunitário de Saúde, as informações muitas vezes já que o enfermeiro, o médico o odontólogo estão dentro da equipe, mas não saem tanto, quem flutua mais, quem fica vendo como é o ambiente, como é a área, são os agentes comunitários. A grande realidade é essa. Muitas vezes essas informações chegam pra gente por conta do Agente Comunitário de Saúde, e aí sim fecha-se, forma-se, fecha-se um diagnóstico e vai, tendo-se em vista que é um projeto terapêutico singular, partindo-se daquele conceito seria um paciente como um todo, mas não só o paciente mas como esse paciente vive as influências que ele recebe. E

aí, a partir daí você montaria esse projeto, justamente algo como realmente ACS1 falou. Acredito que seja como a gente já colocou algumas coisas, né? **Você tentaria ver a partir desse diagnóstico, que não seria um simples diagnóstico, mas um diagnóstico de uma certa complexidade, e aí você tentaria, buscaria articular o que era um ponto de atuação de cada profissional,** atuar, e outra coisa, extremamente importante é você avaliar como é que tá sendo feito isso, avaliar o possível resultado disso, se realmente tá surtindo efeito esse projeto terapêutico ou não. Você ter um... ter como se fosse um “checklist”, só que lógico que não um “checklist”, não tão bonito como aqueles que a gente vê. Porque realmente acredito que não exista um “checklist” e até porque você teria vários diagnósticos, já que é uma gama de coisas, então não teria como você ter um “checklist” já prontinho como tal, mas você teria que ver se realmente está tendo efeito aquele projeto terapêutico. Isso, lógico, na atuação de cada um, de cada profissional dentro daquilo que teria sido determinado pelo projeto (Médico ESF – Grupo Focal).

Eu acho que o Projeto Terapêutico Singular é um indivíduo que precisa de vários profissionais e ele vai ser estudado por cada profissional na forma de que cada um vai atuar com ele nas coisas que cada um pode contribuir na melhora do paciente. **Como se fosse uma discussão em um caso clínico,** na minha opinião é isso, e cada um vai dar a sua contribuição para a melhora daquele paciente. [...] Eu vejo porque é muito parecido. Porque, por exemplo, no caso clínico, outros locais de trabalho, por exemplo, vai ter aquele paciente e cada um vai dar uma contribuição com o seu conhecimento pra tratar aquele paciente. E da mesma forma eu acredito que seja um Projeto Terapêutico Singular cada um dando a sua contribuição para a melhora daquele paciente. Pra ver o que pode ser feito e colocar em prática, né?! O objetivo é colocar em prática tudo o que foi planejado (Fonoaudióloga do NASF – Grupo Focal).

No relato desses profissionais, fica evidente a transposição do modelo de atenção de outros locais onde trabalha (no caso, na sua clínica particular de consultório), no qual prevalece o modelo clínico individualizante, para o trabalho na atenção básica. Como bem sabemos, o estudo de caso, ou a ideia de caso clínico, pode ser considerado apenas um dos elementos importantes para a realização de um PTS. Assim, entendê-lo como apenas estudo de caso informal resumiria a atuação do profissional ao campo do individual centrado na especialidade, mantendo ainda a atuação fragmentada e resumida ao núcleo de saber de cada profissão sem a construção de um espaço de diálogo no qual cada membro da equipe compreenda seu papel e atuação em relação

aos demais e de modo compartilhado, partilhando responsabilidades em relação aos usuários, à família e/ou à comunidade.

Para Cunha (2004, p. 172), o PTS

nada mais é do que uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e de considerar outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e a medicação no tratamento dos pacientes. Portanto, é uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito doente e a relação com a equipe, para definição de propostas de ações.

Conforme essa afirmação de Cunha (2004), bem como através das falas observadas, constatamos o reconhecimento da importância e também da necessidade de ampliação e compartilhamento dos saberes e corresponsabilidade nas práticas dos profissionais diante da sua atuação em equipe e do sofrimento do usuário, embora a coletivização das práticas ainda não esteja presente e o foco do trabalho recaia sobre o sujeito individual, e não sobre os sujeitos em contextos que lhes conferem singularidades. Tal reconhecimento converte-se na necessidade de reorganização e construção de novas práticas pautadas por saberes compartilhados de forma horizontal pelos diferentes profissionais na Estratégia Saúde da Família.

4.4. Dificuldades para o uso do PTS: os desafios de articulação e planejamento das ações e a necessidade de compartilhamento e sistematização do cuidado

Prosseguindo com a análise das falas, observamos que a questão da pouca quantidade de experiências relacionada aos PTS foi mencionada por 5 dos 6 integrantes do NASF (tendo estes relatado no máximo duas experiências com PTS), mas um dos integrantes do NASF informou não ter tido ainda nenhuma experiência com PTS. Vejamos os depoimentos de alguns profissionais quando indagados sobre as experiências com PTS

Percebo que a gente faz, mas muito pouco. Eu estava até falando que eu acho que a gente precisa ter. Sei lá, traçar uma média de 3 projetos por ano, alguma coisa assim. Mas a demanda de atendimento,

ela termina que tira um pouco a gente desse papel, como também do apoio matricial, deixa a gente um pouco distante disso que deveria ser tão presente (Psicóloga NASF – Entrevista).

Esse projeto eu compreendo mais um pouco porque **eu já participei de um**. É onde **os olhos de toda equipe visando o benefício físico** daquele paciente (Fisioterapeuta NASF – Entrevista).

No Bairro J. era um senhor que tem AVC também, e aí a gente solicitou vários acompanhamentos, da equipe no NASF e da ESF também. Só que aí ele **se mudou, e no que ele se mudou a gente perdeu o contato que ele foi morar em outra cidade, e de fato o projeto ele foi finalizado**, vamos dizer assim, porque não foi concluído né? E o outro paciente era de uma família, uma família que tem obesidade, todos têm, o pai, a mãe, e aí a filha ela tem 15 anos, ela não estuda. Ela tem uma obesidade muito grave, todos eles são hipertensos, diabéticos e obesos, e aí a nutricionista estava fazendo um acompanhamento com essa família, encaminhou pra um endócrino, eles foram, mas o tratamento se encerrou, porque eles não desenvolveram, não foram buscar mais, o tratamento que eu digo assim, foram buscar uma consulta, a consulta aconteceu mas não seguiu. E aí eles se mudaram, e aí a gente perdeu o contato novamente. Mas aí, ontem... Ontem não, segunda-feira eu estava em uma unidade e eu atendi essa família novamente e aí, até então, o que foi interessante, que eu vou discutir com a equipe, ele nunca tinha chegado com a angústia de falar esses sintomas da obesidade, os riscos que isso traz pra vida dele: risco de suicídio; risco da filha, que a filha tá sofrendo muito com isso, não consegue sair de casa porque se sente diferente. E eu acredito que esse será uma das nossas famílias a serem estudadas (Psicóloga NASF - Entrevista).

A questão, como eu tinha falado, o projeto terapêutico **de fato é o primeiro que a gente tá tentando fazer** porque a gente sentou, mas a gente só buscou os profissionais do NASF, **não tava de fato compartilhando com a unidade** (Nutricionista NASF – Entrevista).

Eu **não tenho experiência com isso**, mas eu entendo que seja um caso clínico, na verdade, né? Como a gente faz nas clínicas em outras instituições, que têm os casos clínicos para os profissionais discutirem, o Projeto Terapêutico Singular acredito ser assim também (Fonoaudióloga NASF – Entrevista).

A questão da pouca ou nenhuma experiência com PTS, amplamente presente nas falas dos participantes do NASF, foi um dos pontos de maior tensão, tanto nas entrevistas individuais quanto no Grupo Focal, pois, segundo os próprios participantes, essa ferramenta ainda não é algo presente nas rotinas nem é parte do repertório de instrumentos e tecnologias usadas no cotidiano das equipes de AB. Dessa forma, os

participantes, apesar de apresentarem ideias de PTS próximas ao que existe nos documentos e diretrizes ministeriais, e embora reconheçam a sua importância, não enxergam espaço ou se sentem preparados para trabalhar com o PTS em seu dia a dia. Vejamos:

Eu acho que o PTS, ele começou e não aconteceu. Primeiro eu acho que pela **dificuldade de experiência de todo o NASF**, né? Por não ter conhecimento geral dentro desse trabalho. Acho que a gente tem que voltar e se capacitar. De certa forma, **a gente sentou e tentou estudar, mas eu acho que faltou a experiência de alguém que já trabalhou diretamente com isso**, que o PTS aconteceu, que gerou resultados pra que a gente pudesse ver como caminhar, que indivíduo escolheu, quais os públicos que a gente iria abraçar por unidade pra que isso pudesse acontecer. Então ele começou, mas ele não trilhou mais (Educadora Física – Entrevista).

Às vezes a gente não se sente bem porque a gente chega a ver um paciente precisando de certas coisas, apoio, aí a gente se perde no meio do caminho, não tem como chegar até o nosso objetivo, o que a gente quer pro paciente (ACS 2 – Grupo Focal).

No caso dos participantes da Equipe de Referência, houve predominância de discursos, principalmente nas entrevistas individuais, relativos ao desconhecimento sobre o que seja PTS por todos integrantes da ESF, com exceção da enfermeira. Ainda, referências à falta de experiência foram predominantes por parte de todos, inclusive do NASF, entretanto essas questões durante o Grupo Focal com a ESF foram seguidas de momentos de silêncio em que foi possível observar um clima de expectativa dos participantes, na esperança de que alguém facilitasse e enriquecesse a discussão, sobre o que se apresentava enquanto assunto desconhecido.

Como podemos observar nos relatos a seguir, o PTS é completamente desconhecido por quase toda a equipe da ESF:

Não, terapeuta sim, mas terapeuta singular... terapeuta a gente tem até grupos aqui no nosso trabalho.... agora **não sei se é singular, não sei o que é** (ACS 2 – Entrevista).

Eu acho que teria a ver, **eu não sei, eu tentei lembrar o que é apoio matricial, mas não lembrei**, eu já vi isso aí. Eu acho que seja um acolhimento, tudo, é porque não sei explicar muito bem (ACS 1 – Grupo Focal).

Eu acho, assim, **ainda não estou familiarizada ainda com esses termos** [...] (Odontóloga ESF – Entrevista).

Ainda não trabalho com PTS, não entendo, não tenho como identificar as potencialidades nem as vulnerabilidades. O que eu vejo talvez como uma vulnerabilidade é que os dentistas, eu não percebo, talvez exista, mas eu não vejo, não presenciei um momento em que o apoio matricial dá aos dentistas, né? Os profissionais da área sentem, planejem, se reúnam, entendeu? Isso eu não vi acontecer, talvez isso seja uma vulnerabilidade (Odontóloga ESF – Grupo Focal).

Já ouvir falar, mas **não sei definir muito bem**, mas está relacionado à questão de você individualizar, mas o termo não seria exatamente individualidade, seria um projeto terapêutico individualizado, mas na verdade é singular, não sei bem, mas é aquela questão do biopsicossocial. Veio corroborar com o que a atenção básica do município prega. Assim, colocar a visão do indivíduo em si, mas ver com ele seu contexto, seu contexto religioso, cultural, habitacional, todas essas questões, mais ou menos isso, biopsicossocial. Mais ou menos no Projeto Terapêutico Singular você vê o indivíduo. Ver como ele está inserido e como ele se comporta nesse ambiente (Médico ESF – Entrevista).

Como pudemos observar, a predominância de falas em torno da falta de experiência no NASF e a ausência de conhecimento e experiência por parte dos integrantes da ESF configuram-se questões problemáticas para a utilização do PTS. Se por um lado alguns profissionais têm pouca experiência em utilizar o PTS, por outro, a maioria dos componentes da ESF desconhece completamente o que seja tal ferramenta. A questão da experiência com PTS em uma escala que possa representar uma realidade locorregional não foi encontrada no trabalho de revisão bibliográfica. Como trabalhos científicos também relacionados ao nosso objeto de estudo, citam-se: Cela e Oliveira (2015), Cunha (2004), Diniz (2012), Marqui (2010) e Silva (2011). Apesar de abordarem potencialidades e limitações a respeito do PTS ou do apoio matricial, e mesmo tendo apontado a necessidade de qualificação dos profissionais, ou o perfil mais jovem de profissionais na AB, não constata a questão da pouca experiência dos profissionais especificamente com PTS em seus resultados, sendo esse um tema ainda pouco descrito na literatura. Marqui (2010, p. 958) traz um perfil interessante sobre a formação de profissionais da saúde:

Quanto à especialização, no caso dos profissionais de nível superior (enfermeiro, médico, dentista e nutricionista), as principais áreas de

atuação mencionadas foram Saúde Coletiva (16,7%), Saúde Pública (12,5%) e Administração Hospitalar (8,3%). Os dados demonstraram a busca dos trabalhadores pelo aperfeiçoamento da prática profissional em áreas do conhecimento importantes para a implementação e a consolidação da proposta da ESF. Em contrapartida, estudo realizado com enfermeiras que trabalhavam na ESF em Marília/SP mostrou que nenhuma delas possuía especialização na área de Saúde Coletiva ou Saúde Pública⁽⁷⁾.

No caso do presente estudo, quando questionada sobre estar preparada para trabalhar com PTS, a Odontóloga foi bem emblemática a respeito dessa questão, deixando evidente que não é algo presente na sua formação até chegar na AB:

Não, não porque ainda são desconhecidos pra mim. Não, **provavelmente porque eu sou recém-chegada na instituição** (Odontóloga ESF – Entrevista).

Se considerarmos que essa realidade, de falta de experiência e/ou qualificação, possa ser também observada em proporção elevada em outros municípios de pequeno porte, a partir de futuros trabalhos científicos, identificaremos um dado alarmante em relação ao uso limitado do PTS e, mais ainda, à limitação da capacidade de equipes de atenção básica em lidar com o complexo em uma proporção ainda não expressa na literatura pesquisada. Dessa forma, vemos aqui um limite o qual, apesar de ter sido constatado em nível municipal, não foi possível atingir pelo atual estudo em uma escala maior, nem por estudos pesquisados, mas que se propõe como tema pertinente a ser abordado no futuro.

Cela e Oliveira (2015, p. 36) também apontam uma reflexão a respeito da questão da articulação e qualificação frente à rede de atenção enfraquecida que se observa:

Os desafios para a construção de uma articulação intersetorial passam não somente por dificuldades de profissionais e equipes em compreender a dimensão desta interação, mas também pelas deficiências na constituição de uma rede de atenção completa e qualificada. A rede de atenção enfraquecida se torna um grande complicador na concretização da atenção integral aos usuários. Uma vez que a rede esteja defasada os dispositivos disponíveis nela acabam por assumir funções e demandas que não lhes cabiam, abarrotando os serviços que oferecem acesso ao sistema (as equipes Saúde da Família) e pressionando outros espaços a suprirem necessidades das

populações atendidas sem precisamente se prestarem oficialmente a este papel.

Estudos como o de Ellery, Pontes e Loiola (2013) indicam que, apesar das inúmeras barreiras existentes, saberes e práticas estão sendo compartilhados nas equipes, forçados pelo imperativo de responder às situações complexas do cotidiano profissional. Nessa perspectiva, identificamos no conteúdo das falas dos entrevistados que existe um esforço para uma articulação e um diálogo entre NASF e ESF e que, mesmo assim, apesar de certas ações serem programadas em cronograma, há dificuldades de comunicação com o profissional médico em contrapartida à evidência do profissional da enfermagem como ponto-chave para a articulação entre as equipes. Talvez para evitar conflitos, esse dado tenha sido observado apenas nas entrevistas individuais, já que concerne a um dado comparativo entre categorias profissionais distintas.

De fato, a gente se articula, a gente está junto deles. Como você viu na estatística, **através dos atendimentos, compartilhando casos discutindo casos em equipe**, como também através dos grupos, das visitas domiciliares e de todo um trabalho que **a gente percebe que exista um envolvimento das duas partes** (Psicóloga NASF – Entrevista).

A questão das dificuldades que a gente tem às vezes é de conseguir marcar essa reunião com a estratégia, no caso a gente está discutindo com eles, porque aqui entre a gente é mais fácil, a gente marca, a gente tem o cronograma da gente que a gente consegue marcar e fazer essa reunião. **É mais difícil com a estratégia, da gente conseguir marcar com o médico com a enfermeira tudo junto** e fazer essa reunião pra que esse PTS possa andar com mais tranquilidade, e às vezes a resistência do próprio paciente. A gente tinha um caso que a gente tentou e não conseguiu por resistência do paciente e teve que se mudar pra esse outro caso (Psicóloga NASF – Entrevista).

Quando nós fazemos, às vezes o enfermeiro, **principalmente o enfermeiro, chega e fala que precisa de um grupo de tal assunto**, e aí a gente vai e faz aqueles grupos, ou então como eu te falei agora, tem uma visita ou um paciente que tá precisando de um atendimento, até na unidade mesmo, e eles vão e falam: “Olha tem essa pessoa...”. É esse o apoio que eu vejo que a gente dá. Às vezes não é como existe nas diretrizes, mas é dessa forma que acontece, tem muita coisa a melhorar ainda (Fonoaudióloga NASF – Entrevista).

Às vezes em alguns casos de paciente, como já aconteceu de ter um paciente de visita domiciliar, em que a médica fora do expediente de trabalho entrou em contato comigo e solicitou o mais rápido possível que eu pudesse ver no cronograma, né? Que a gente trabalha com cronograma aqui, e aí pra a gente encaixar o mais rápido possível pra ver, e aí ela me passou já todo o caso clínico, como o histórico, sendo por whatsapp, mas passou a gente tendo essa conversa, eu disse a ela que se no outro dia eu não conseguisse o carro pra fazer a visita, se ela quisesse ir lá fazer a visita e passar a suplementação. E mais, **discussão de casos, às vezes é muito corrido com o médico, mas é mais difícil**. Eu digo assim: “se esbarra”, né? Mas a gente de vez em quando conversa, **mas é mais conversa com as enfermeiras, a gente tem mais abertura com as enfermeiras e o resto do pessoal da unidade**, técnico de enfermagem, os agentes de saúde. **A gente tem essa conversa mais fácil do que com o médico** (Nutricionista NASF – Entrevista).

A gente se articula pra dar um desenvolvimento melhor pra aquele paciente, entendeu? Pra saber de como estão as demandas, a evolução daquele paciente sempre **a gente está em contato, principalmente com o pessoal da enfermagem** que eles que são os responsáveis pelos Postos de Saúde, então estamos sempre em contato com elas. [...] A gente conversa com os agentes de saúde também, passam alguma coisa pra nós, tenta saber daquele caso, o que temos, o que pode fazer, como aquele paciente está agora no momento, se evoluiu, se não evoluiu, se mudou de bairro. Coisas desse tipo assim (Fisioterapeuta NASF – Entrevista).

Além disso, também a necessidade de planejamento e discussão para essas ações foi observada pela nutricionista, psicóloga e fonoaudióloga do NASF, tanto no Grupo Focal quanto nas entrevistas individuais. Os problemas relacionados à necessidade e à falta de planejamento foram levantados pelos profissionais da fonoaudiologia, do serviço social, da nutrição do NASF e da enfermeira da ESF. Ficou evidente que, apesar de se articularem, as equipes têm dificuldades em se reunir e interagir, construindo fazeres realmente compartilhados de forma programada sistematicamente. Alguns entrevistados apontaram que essas dificuldades passam tanto pela questão de existir foco e prioridade para a realização dos atendimentos clínicos como pela sobrecarga do trabalho existente. Vejamos os depoimentos a seguir:

Eu acho que pra elaborar um projeto teria que os profissionais envolvidos **deveriam sentar e ver como essa articulação poderia ser feita de maneira mais simples e objetiva**. Já padronizar meio que **sistematizar no processo e também desburocratizar** (pausa). E pra aplicar precisaria passar por treinamento, uma calibração, todo mundo tá

falando a mesma língua, né, acho que é isso (Odontóloga ESF – Grupo Focal).

O que eu vejo talvez como uma vulnerabilidade é que os dentistas, eu não percebo, talvez exista, mas eu não vejo, não presenciei um momento em que o apoio matricial dá aos dentistas, né? **Os profissionais da área sentem, planejem, se reúnam, entendeu? Isso eu não vi acontecer, talvez isso seja uma vulnerabilidade** (Odontóloga ESF – Grupo Focal).

Eu vejo assim na questão que deveria a estratégia procurar o NASF, nesse caso de algum paciente específico que veja o que ele necessita e que possa se fazer esse projeto terapêutico, se sentar pra passar o caso com toda a equipe, né? E aí a equipe nessa conversa já ver o que provavelmente possa se fazer com esse paciente e aí sim partir para o campo. No caso, fazer as visitas e de fato já conhecendo de fato o caso, passado em conversa com o médico, do enfermeiro e toda a estratégia. E aí eu vejo que fica até mais fácil da gente trabalhar e chegar na casa do paciente já sabendo o histórico dele, o que aconteceu o que a estratégia já realizou pra gente também estar entrando em conjunto com a estratégia realizando nosso trabalho e saber já como lidar com o caso. É assim que eu penso: **a gente primeiro vê o caso, estuda esse caso, o projeto, pra de fato já ver, já pensar e já chegar lá com uma certa solução.** E não chegar no caso, estar lá na casa do paciente, se for no caso de visita, entender o que o paciente tem pra pensar numa provável solução. Lógico que às vezes a gente tem soluções, dependendo da patologia, a gente já tem solução de bate pronto, mas tem caso que a gente precisa levar pra casa pra no caso de fazer uma dieta mais elaborada, calculada tudo direitinho, isso eu não posso estar fazendo na hora, né? (Nutricionista NASF – Entrevista).

Não é porque assim, eu acredito que essa sua pergunta seria tipo assim, elaborar um projeto que a gente iria fazer em uma família ou em um indivíduo, com várias estratégias. Só que **esse momento de elaboração, eu acredito que, desse planejamento ele não ocorre,** vamos dizer no papel, a gente chega e: olhe, nós precisamos fazer tal visita, nós precisamos fazer tal atividade, nós precisamos fazer tal grupo porque aqui está precisando disso. **A gente chega e faz. A gente não fica nem escrevendo nem elaborando** (Enfermeira ESF – Grupo Focal).

Hoje em dia, na prática profissional, acho que aqui, não só aqui, mas o que eu vejo daqui que **a gente tá deixando muito de fazer esse apoio matricial e tá fazendo mais atendimento clínico.** Vem uma coisa mais pro clínico, né? E pro apoio mesmo realmente a gente faz mais os grupos em visitas domiciliares, a gente dá esse apoio, pelo menos na minha área, na área de nutrição. **Mas é o que eles querem, não só a unidade básica.** Ela até às vezes entende, mas **por questão já dos próprios pacientes cobrarem isso deles, eles acabam cobrando esse atendimento clínico mais efetivo.** Aí acaba sendo uma parte

mais da estratégia do que sendo do apoio matricial, a meu ver (Nutricionista NASF – Entrevista).

A questão relativa às dificuldades de uso sistemático e planejado do PTS também foi apontada por Diniz (2013, p. 102-103) em seu estudo sobre PTS no campo da saúde mental em Fortaleza-CE:

As discussões de práticas e saberes nas reuniões do matriciamento pelas equipes de profissionais favorecem o esboço de um plano terapêutico, mas que ainda não é sistematizado. Seria mais resolutivo se as propostas fossem registradas no prontuário do usuário com seus respectivos terapeutas de referência para acompanhamento dos casos.

A dificuldade de articulação entre as equipes é indicada também como problema no planejamento das ações e relacionada aos consequentes problemas na gestão do cuidado. Foram muito significativas as falas do enfermeiro da ESF, da assistente social e da educadora física do NASF sobre a necessidade de sistematizar o processo de trabalho frente à falta de planejamento e sobre o modo como os profissionais têm se articulado para o trabalho. Vejamos:

Eu acho que **a dificuldade muitas vezes seja a falta de comunicação, falta de planejamento**, né? O ideal seria realmente uma reunião com todos os profissionais, né? Ó: – A gente precisa de tal caso, vamos chamar tal profissional “x”, “x” e, não vir só um profissional representante (Enfermeira ESF – Grupo Focal).

O médico foi, já fez outra consulta com a mãe das crianças, encaminhou a criança de 2 anos para o ortopedista. No mesmo dia eu levei a fonoaudióloga, entrei em contato com a fonoaudióloga, que a agente de saúde tinha entrado em contato com a fonoaudióloga, pra avisar que havia a necessidade de realizar aquela visita ali e, no dia que a gente vai, a gente leva vacina, eu levo anticoncepcional. **É... porque a gente não chega a elaborar, a gente chega e faz** (Enfermeira ESF – Entrevista).

Eu acredito que seja a participação efetiva entre a equipe do NASF e a equipe da estratégia, a articulação na verdade. **A articulação mais efetiva e também de fato colocarmos isso no papel**. Assim, fazemos, mas não transcrevemos (Assistente social NASF – Grupo Focal).

Acho que fica muito solto para o NASF que é apoiador. Eu sempre bato nessa tecla, tomar frente de tudo e traçar todas as metas. **Eu acho que até pra gente colocar no papel eu acho que de início todo o quadro de diagnóstico daquela pessoa deveria já vir deles**, porque eles têm

um conhecimento maior, o agente de saúde também deve participar porque ele que vai diretamente na casa (Educadora Física NASF – Entrevista).

As dificuldades eu percebo a falta enquanto profissional, é **a falta de espaço pra que isso aconteça, falta de reunião de equipe pra isso**, uma vez no mês a gente tá tendo esse espaço mais perto agora porque o PMAQ tá chegando, mas ano passado não vi isso acontecer, entendeu? Então eu percebo que **a dificuldade enquanto profissional está sendo desse sentido, de sentar, de reunir de pensar, e a dificuldade dos pacientes** que eu falei anteriormente a questão da mudança, muitos não têm renda. E, assim, surge a possibilidade de se mudar, eles vão, não vão ficar porque “tá acontecendo um projeto na minha vida”. Até porque esse projeto vai acontecer, mas o resultado que você vai ver é a longo prazo, não vão conseguir ver um resultado tão rápido assim como a demanda deles muitas vezes são (Psicóloga NASF – Entrevista).

A fala da psicóloga e a da nutricionista levantaram também a questão da demanda por atendimento clínico, apontando este como um dos problemas que dificultam a capacidade de articulação e de planejamento das equipes tanto para o apoio matricial quanto para a realização dos PTS:

Eu estava até falando que eu acho que a gente precisa ter. Sei lá, traçar uma média de 3 projetos por ano, alguma coisa assim. **Mas a demanda de atendimento, ela termina que tira um pouco a gente desse papel, como também do apoio matricial, deixa a gente um pouco distante disso que deveria ser tão presente** (Psicóloga NASF – Entrevista).

Falando em geral, não só do NASF da gente, eu acho que tem umas dificuldadezinhas, pela questão de que a gente não tá conseguindo realmente parar, pra fazer realmente esse PTS. **Como as pessoas acabam focando tanto em ter atendimento, atendimento, atendimento, atendimento, quando chega nessa hora da gente se reunir pra fazer acho que fica um pouco dificultado.** Agora não que a gente tá tentando botar isso pra frente, mas desde o começo quando a gente viu com o outro NASF, a gente sempre fazia, vamos sentar pra ver o PTS, marcava no cronograma e quando chegava no dia algumas pessoas colocavam outras prioridades, **atendimentos que precisavam ser feitos e acabava que a gente não se reunia pra de fato fazer.** É como eu disse, a gente sempre conversou dos casos, mas pra fazer realmente, chegar e digitar bem direitinho, escrever tudo direitinho pra de fato ser um projeto terapêutico a gente nunca sentou pra fazer, mas conversar em alguns casos a probabilidade de se tornar um PTS de fato, a gente já sentou várias vezes e conversou como [palavra incompreensível] o paciente, fulaninho já fez a visita, outro profissional

vai fazer a visita que necessita pra conhecer o caso, por mais que acabava e não dava certo (Nutricionista NASF – Entrevista).

As falas vistas anteriormente indicam um resultado semelhante ao que Freire e Pichelli (2013), ao investigarem a atuação do psicólogo no apoio matricial, encontraram como dado semelhante, apontando também a questão da formação clínica tradicional como elemento importante para a reflexão sobre as dificuldades de lidar com demandas coletivas impostas no serviço público, abrangendo inclusive os profissionais da ESF:

A formação em Psicologia, ao privilegiar a clínica tradicional, trouxe algumas implicações para o trabalho do psicólogo em novos contextos, principalmente quando este se vê diante de demandas coletivas, como é o caso daquelas com que eles têm se deparado nos serviços públicos de saúde. Sabendo-se que a clínica psicológica tradicional não dá conta de tais demandas, nem é o tipo de intervenção que se espera nesse nível de atenção, os psicólogos entrevistados viram-se confusos com relação ao que deles se esperava dentro desse novo arranjo organizacional, confusão essa que não se restringiu apenas às suas expectativas, mas também às dos demais profissionais da ESF (FREIRE e PICHELLI, 2013, p. 167).

Diante dessas dificuldades observadas nos depoimentos, e com base em Freire et al. (2013), foi possível identificar ainda nas falas de alguns participantes, em menor proporção, a necessidade de qualificação e aprofundamento sobre os temas levantados pelo estudo, vista como uma demanda a ser considerada. Silva (2011, p. 25) também aponta em sua pesquisa a necessidade de qualificação por parte dos profissionais:

A partir da descrição dos obstáculos, os quais esbarram na implantação do Apoio Matricial, o estudo teve a intenção de estimular a capacidade de intervenção dos entrevistados em levantar proposições e buscar alternativas para superar tais impasses. Os profissionais constataram a necessidade de qualificação, através da criação de espaços de capacitações permanentes, que propiciem a sensibilização, além de expor suas dúvidas e angústias.

Também são discretos os depoimentos sobre as potencialidades relativas ao PTS por grande parte dos participantes, inclusive pelo fato de não ser tema dominado por grande parte dos participantes. Entretanto, foram consensuais ao apontar a sua

utilidade e importância para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde dos usuários e também como potencializador dos processos em equipe.

Vejamos:

Então você acha que precisaria conhecer mais esses conceitos pra se sentir preparado? (Pesquisador)

Isso, pra eu poder analisar quais são as minhas competências, entendeu? Pra **eu conhecer e saber se as minhas competências supririam as exigências pra atuar**, por exemplo, **na equipe matricial**, por exemplo. **Acho que suporte... Conhecer mais** (Médico ESF – Entrevista).

Depois da discussão que foi levantada, **acho que é importante que a gente passe a conhecer cada conceito desse, que a gente passe a praticar também, né? E a saber como fazer isso. É importante!** (Odontóloga ESF – Grupo Focal).

E aí as potencialidades do projeto **eu percebo que são muito ligadas à questão do próprio desenvolver do paciente**. Como assim? É como se a potencialidade dele fosse você pensar um pouco mais sobre os casos, é você refletir, porque **muitas vezes a gente faz as coisas acontecerem, mas a gente não pensa sobre eles, não chama, não se questiona, não busca e aí faz cada um no seu quadrado e o projeto terapêutico ele amplia essa visão**. Faz você sair desse lugar individual e ampliar (Psicóloga NASF – Entrevista).

Eu acho que a potencialidade que tem é a questão de **ajudar tanto o paciente, pra que ele possa sair se for caso de patologia**, que ele possa melhorar e sair da patologia, como se for uma patologia que não tenha cura né ele possa melhorar o máximo, por exemplo, vou dar um exemplo do meu caso: pegar um paciente que tenha diabetes e a gente controlar essa diabetes é uma doença que não tem cura, mas que a gente pode estar controlando. Então eu vejo assim, **uma potencialidade principal de melhorar o quadro clínico do paciente**, e no caso da gente, **a gente se aprofundar mais naquele caso e ter uma coisa que é de todos os profissionais trabalhando juntos, a questão até de melhorar a questão de conversa de um profissional com o outro, principalmente do NASF com a estratégia, assim a gente melhorar essa questão da conversa de que a gente mostrar que pode estar contando com o NASF**. Por isso que, às vezes, até alguns médicos que chegam novos acham que não têm essa abertura com a gente do NASF, não pode estar chegando de início e conversando, e a gente sempre tá mostrando isso. Acho que **com o projeto terapêutico deixa mais claro que a gente trabalha em conjunto**, então eu penso dessa maneira, uma potencialidade vir (Nutricionista NASF – Entrevista).

Eu vejo que quando se faz PTS, porque é parecido com um caso clínico, né? E experiência num caso clínico com minha equipe eu já tive, mas eu **vejo que é muito importante, porque além do paciente se beneficiar né, do usuário ou até do grupo, no território, além disso, vai causar mais união da equipe e troca de conhecimento.** Eu vejo que é bom e é importante de se fazer (Fonoaudióloga NASF – Entrevista individual).

Deve ser o resultado que sai, se você consegue **otimizar esse resultado, se você consegue dar qualidade de vida ao paciente,** né? (Odontóloga ESF – Grupo Focal).

Ele tem boa resolutividade, é bastante importante também pra mim como assistente social porque muitas vezes o usuário chega com uma demanda pra psicólogo, por exemplo, **eu tenho um leque de situações atrás que dá pra ter uma resolutividade considerável.** A primeira demanda pode ser de outro profissional, **mas se a gente souber fazer esse processo de investigação vai ter um leque de possibilidades pra que possa ser trabalhado** (Assistente Social NASF – Entrevista).

Neste capítulo, apresentamos inicialmente o quadro geral de caracterização dos profissionais participantes do estudo e, ao observarmos as características dos profissionais entrevistados, pudemos contextualizar algumas das questões trazidas e discutidas junto a eles nos Grupos Focais, com a análise e a discussão dos dados apresentadas nos três subtópicos seguintes. No segundo subtópico, observamos que os participantes fizeram menção a corresponsabilidade, participação multiprofissional e resolutividade como ideias em torno das quais entendem o que seria um PTS. Além disso, percebemos que existe uma aproximação quanto aos sentidos de corresponsabilidade, participação multiprofissional e resolutividade na execução dos PTS. A esse respeito, identificamos que é um entendimento consolidado a ideia de que o modelo de organização de equipe no formato multiprofissional favorece a ampliação do olhar sobre o sujeito, em contrapartida ao modelo biomédico e à clínica clássica. Evidenciamos nas falas dos profissionais que o PTS exige o trabalho em equipe, multiprofissional, “em conjunto”, ou em corresponsabilidade, visando o bem-estar do usuário e olhando para o indivíduo de forma integral em busca de resolutividade, aproximando tais ideias do princípio da integralidade proposto pelos documentos institucionais.

Observamos que o modelo multiprofissional não necessariamente garante a efetivação de uma clínica ampliada, na medida em que se constrói em arranjos

pautados no modelo clínico tradicional, centrado na doença e no referenciamento das problemáticas, consistindo na articulação de saberes e práticas numa mesma equipe multiprofissional, colocando-se como desafio. A atuação conjunta em função da resolutividade foi verificada enquanto um ponto de dificuldade, a qual é provocada no trabalho conjunto com NASF. Em face dessa realidade, compreendemos que a construção de um PTS e todo o trabalho de articulação e discussão configuram-se instrumentos de grande potencial para o desenvolvimento de equipes interdisciplinares. Por fim, nesse subtópico, vimos a partir dos depoimentos dos participantes que a elaboração do PTS não contou com a participação dos usuários.

No terceiro subtópico, observamos que os participantes fizeram referência ao cuidado individualizado exercido por profissionais de determinada área, identificando a ideia de PTS com a ideia de estudo de caso clínico. Prevaleceu no discurso dos profissionais a concepção individualizante do projeto terapêutico e não aquela coletiva e singularizante, apesar de sempre se referirem à ideia de um trabalho compartilhado e construído através do diálogo das diferentes especialidades. Podemos supor que tal perspectiva individualizante é fruto das formações em saúde, tradicionalmente voltadas para a perspectiva clínica individual que sustenta o modelo biomédico de atenção.

No quarto e último subtópico, vimos que a pouca ou nenhuma experiência com PTS esteve amplamente presente nas falas dos participantes e que essa ferramenta ainda não é algo presente nas rotinas nem é parte do repertório de instrumentos e tecnologias usadas rotineiramente no cotidiano das equipes de AB. Os participantes, apesar de apresentarem ideias de PTS próximas ao que existe nos documentos e diretrizes ministeriais, reconhecendo a sua importância, não enxergam espaço ou se sentem preparados para trabalhar com o PTS em seu dia a dia. Houve predominância de discursos, relativos ao desconhecimento sobre o que seja PTS, por parte de integrantes da ESF.

Observamos que trabalhos científicos também relacionados ao nosso objeto de estudo, apesar de abordarem potencialidades e limitações a respeito do PTS ou do apoio matricial, e mesmo tendo apontado a necessidade de qualificação dos profissionais, ou o perfil mais jovem de profissionais na AB, não constataram a questão da pouca experiência dos profissionais especificamente com PTS em seus resultados,

sendo esse um tema ainda não descrito na literatura pesquisada. Acerca desse limite, apesar de ter sido verificado em nível municipal, não foi possível atingir por meio do atual estudo em uma escala maior, nem por estudos pesquisados, propondo-se como tema pertinente a ser abordado no futuro. Identificamos no conteúdo das falas dos entrevistados que existe um esforço para uma articulação e um diálogo entre NASF e ESF e que, embora certas ações sejam programadas, existem dificuldades de comunicação com o profissional médico em contrapartida à evidência do profissional da enfermagem como ponto-chave para a articulação entre as equipes. Além disso, a necessidade de planejamento e discussão para essas ações foi observada pelos participantes. Nessa perspectiva, os problemas relacionados à necessidade e à falta de planejamento foram levantados pelos profissionais.

Ficou evidente que, apesar de se articularem, as equipes têm dificuldades em se reunir e interagir de forma planejada, construindo fazeres realmente compartilhados de forma sistemática. A dificuldade de articulação entre as equipes foi colocada também como problema no planejamento das ações e relacionada aos consequentes problemas na gestão do cuidado. A demanda por atendimento clínico também foi indicada como um dos problemas que dificultam a capacidade de articulação e de planejamento das equipes. Foram consensuais as falas ao apontarem a utilidade e importância do PTS para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde dos usuários e como potencializador dos processos em equipe.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Através do trabalho exploratório das entrevistas individuais semiestruturadas e da realização dos Grupos Focais, produziu-se o material para a análise dos dados para o presente estudo. Pudemos observar alguns aspectos relativos às duas equipes participantes em sua relação, visão e experiência sobre clínica ampliada, apoio matricial e, principalmente, sobre o projeto terapêutico singular. Desse modo, foi possível chegar a algumas considerações a respeito do objeto estudado.

O NASF, enquanto apoio matricial na AB, ocupa papel primordial como articulador das ações multiprofissionais, em rede nos diversos territórios assistidos pelas equipes de saúde assistidas, amplia o escopo das ações ofertadas nas comunidades e potencializa os resultados das ações em saúde pela organização do trabalho interdisciplinar em equipe. Identificamos que, em consonância com esse pensamento relativo às diretrizes do SUS e com o que aponta a literatura, a visão dos participantes do estudo, integrantes da equipe do NASF, a respeito do apoio matricial e do PTS está fortemente arraigada aos conceitos de corresponsabilidade e trabalho em equipe multiprofissional. Somando-se a isso, mas em menor proporção, alguns profissionais relacionaram o conceito de PTS com a ideia de estudo de caso e caso clínico, trazendo à luz essa que também pode ser observada na literatura oficial como característica inerente à produção de um PTS. No entanto, o modo como entendem o caso clínico como sinônimo de PTS parece indicar, algumas vezes, uma concepção individualizante e privatizante da atenção, reproduzindo as características do modelo clínico biomédico tradicional que é transposto, muitas vezes sem questionamento, do âmbito de atuação nos consultórios particulares por algumas especialidades profissionais, tais como a nutrição e a fonoaudiologia. Ou seja, não se leva em conta, de modo geral, na concepção de PTS por alguns profissionais, a amplitude da clínica, o território e os aspectos sociocomunitários que devem ser compreendidos muito além do indivíduo e de sua doença.

Outro dado importante foi o fato de que todos os integrantes do estudo apontaram possuir pouca ou nenhuma experiência com PTS. No caso da ESF, esse dado se torna mais alarmante na medida em que apenas a enfermeira declarou ter

conhecimento sobre o que seja um PTS, enquanto todos os demais relataram não saber do que se trata. Essa foi uma dificuldade também observada antes mesmo da escolha do município a ser estudado. No trabalho de levantamento de dados para a escolha do campo de estudo, tivemos dificuldades em encontrar equipes de AB que pudessem produzir relatos de experiência com PTS, de forma que a falta de experiência e o desconhecimento dessa ferramenta tornaram-se um ponto bastante relevante, indicando a necessidade de novos estudos a fim de que se investigue até que ponto esse problema se repete em outras equipes de saúde e qual a real proporção dessa dificuldade na AB no estado do RN e na região.

No caso das equipes estudadas, observamos que, para eles, o PTS não é presente nas suas rotinas, nem faz parte do repertório de instrumentos e tecnologias usadas frequentemente no seu cotidiano. Pudemos constatar que, apesar de apresentarem ideias de PTS próximas ao que existe nos documentos e diretrizes ministeriais e de reconhecerem a sua importância, não reservam espaço para sua elaboração de forma sistemática, nem se sentem preparados para trabalhar com essa tecnologia em seu dia a dia, apresentando assim uma atuação limitada e pouco resolutiva para lidar com casos complexos e com realidades que necessitem da intervenção articulada e interdisciplinar potencializada por essa tecnologia.

Também foi possível observar que as equipes participantes conseguem se articular minimamente mesmo diante de problemas de comunicação, com o acesso ao médico para discutir casos e ter sua participação nas ações. Em contrapartida, o enfermeiro é enxergado como elo importante para a comunicação e articulação do trabalho. Mesmo assim, esse trabalho de articulação é pouco planejado e revela um fazer que vai depender muitas vezes do imprevisto e das características de cada profissional que discute e interage com os casos de maneira informal e com pouca antecedência e pactuação para as intervenções. Nessa perspectiva, a necessidade de planejamento e discussão foi apontada pelos participantes como um ponto de dificuldade para as ações e para a elaboração de PTS.

Desse modo, mesmo se articulando, as equipes relatam dificuldade em se reunir e interagir, construindo fazeres realmente compartilhados de forma programada

sistematicamente. Essas dificuldades são afetadas pela prioridade dada aos atendimentos clínicos, como também pela sobrecarga do trabalho.

Com base no presente estudo, e em consonância com os achados de Diniz (2013), que estudou o contexto cearense, constata-se que a construção de PTS continua não sendo realidade no cotidiano dos serviços de saúde e que no campo da atenção básica, apesar de ser reconhecidamente importante para a ampliação das ações e resolutividade dos problemas dos usuários, essa ferramenta, além de não ser dominada, é desconhecida e carente de experiências que potencializem o seu uso de forma sistemática e compartilhada nos espaços de produção do cuidado em saúde. Todavia, este estudo não tornou possível inferir o nível de desconhecimento dessa ferramenta, por parte da gestão ou em uma escala maior que possa abranger uma realidade regional sem que possamos saber se os resultados alcançados são presentes em outros espaços de produção do cuidado no nosso estado.

Ao retomarmos o objetivo geral inicialmente proposto, qual seja, o de investigar como uma Equipe de Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que a apoia utilizam o Projeto Terapêutico Singular no seu território, entendemos que este foi alcançado. Os objetivos específicos de conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais (das equipes NASF e ESF) à ideia de Clínica Ampliada, Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular e de identificar como as equipes se comunicam e se vinculam para a construção do PTS e realização do apoio matricial foram parcialmente atingidos, na medida em que estes estiveram diretamente relacionados ao conceito de apoio matricial e ao trabalho interdisciplinar, mas, em função de serem eventualmente desconhecidos, trouxeram novas questões a serem levantadas. Acreditamos que o objetivo de identificar as potencialidades e dificuldades vividas pelas equipes para o uso do PTS foi atingido lançando mão de importantes reflexões.

Nesse contexto, a realização do presente estudo foi relevante para o campo da Atenção Básica. Tornou-se claro o entendimento de que se coloca como importante e fundamental que ações de qualificação dos profissionais para o uso do PTS e o trabalho do Apoio Matricial sejam desenvolvidas junto às equipes e aos profissionais da saúde, em benefício da construção de uma gestão do cuidado de forma integral e compartilhada. Mesmo diante dos potenciais observados, tanto para a resolutividade

quanto para o desenvolvimento das ações coletivas e dos processos de trabalho em busca da integralidade, o desconhecimento sobre o PTS posta-se como um importante desafio para a efetivação e incorporação dessa ferramenta no cotidiano de equipes interdisciplinares. Tal ferramenta configura-se como essencial para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar e para o desenvolvimento de novos arranjos para o cuidado integral em saúde em face de situações complexas.

REFERÊNCIAS

- ADUHAB, D. *et al.* O trabalho multiprofissional no Caps III: um desafio. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 369-380, 2005.
- ASSIS, M. M. *et al.* (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p. 2011.
- BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. 2010. 111f. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: MS, 2010. Série B. (Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2009. n. 27, 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2014. n. 39, 116p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília: MS, 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: MS, 2010. v. 2, p. 256. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: MS, 2004.
- CAMPOS, G. W.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2014.

CAMPOS, G. W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2015.

CARVALHO, L. G. *et al.* A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Rev. Estudos de psicologia**, Natal, v. 20, n. 1, p. 31-39, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 dez. 2016.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out.-dez. 2014.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

DINIZ, A. M. **Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica e psicossocial**: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas de Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

ELLERY, A. E.; PONTES, R. J.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2016.

FREIRE, Francisca Marina de Souza; PICHELLI, Ana Alayde Werba Saldanha. O Psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicol. cienc.**

prof., Brasília, v. 33, n. 1, p. 162-173, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2016.

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009.

GALDEANO, L. E.; ROSSI L. A.; ZAGO M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 371-375, maio-jun. 2003.

LEÃO A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção a possibilidades de inclusão social. **Rev Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008.

LINO, M. M. *et al.* Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Cogitare Enferm**, v. 17, n. 1, p. 57-64, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26375/17568>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

MARQUI, A. B. *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2016.

MATTOS, C. L.; CASTRO, P. A. **Entrevista vista como instrumento de pesquisa nos estudos sobre fracasso escolar**. 2010. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/42.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

MINAYO, M. C. **O caminho do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2012.

MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Pesquisa social**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MORIN, E.; LE MOIGNE, Jean-Louis. **A Inteligência da Complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P.; CAMPOS, G. W. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild (Hucitec), 2008. v. 1, p. 283-297.

PIRES, M. R.; GOTTEMS, L. B. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2014.

SILVA, D. S. Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 6, p. 20-27, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n6/n6a04.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

TÔRRES, J. J. Teoria da complexidade: uma nova visão de mundo para a estratégia. **Rev. de Inv. Educ.**, La paz, v. 2, n. 2, p. 189-202, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432009000200008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2016.

TRAD, L. A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF**

Projeto Terapêutico Singular como Ferramenta de Gestão do Cuidado na Estratégia Saúde da Família do RN

Autores:

Rafael Soares Chaves – Pesquisador Responsável

Travessa Xavier Fernandes, 1791, Cidade da Esperança/RN

Fone: (84) 98818 9233

Dr^a. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim – **Orientadora da Pesquisa**

Instituição Proponente:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis

CEP: 59.012-300 - Natal/RN

Fone: (84) 3342-9727

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – CEP/HUOL

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN

CEP 59.012-300

Fone: (84) 3342 5003

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa em que serão utilizados, na coleta de dados, entrevista semiestruturada direcionada e Grupos Focais aos profissionais de nível médio, técnico e superior que atuam em Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família no município de São José de Mipibu/RN, sobre o desenvolvimento de atividades de elaboração e aplicação de Projetos Terapêuticos Singulares como forma de investigar como uma Equipe de Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que a apoia utilizam o PTS no seu território; conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais (das equipes NASF e ESF) sobre a ideia de Apoio Matricial e de Projeto Terapêutico Singular; identificar como

as equipes se comunicam e se vinculam para a construção do PTS; identificar as potencialidades e dificuldades vividas pelas equipes para o uso do PTS como ferramenta de gestão do cuidado.

Esclarecemos que a sua participação não trará prejuízos à sua pessoa, podendo existir tão somente os riscos de desconforto ou constrangimento durante as entrevistas individuais, pela exposição ou por não saber responder às indagações, invasão de privacidade, perda de tempo, exposição da identidade. Contudo, procurar-se-á minimizar esses riscos: as entrevistas semiestruturadas e Grupos Focais serão gravados em vídeo e áudio, contudo somente após sua prévia autorização. Os procedimentos utilizados não oferecem risco à sua dignidade e integridade física ou mental.

Serão respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade e não haverá, portanto, a divulgação personalizada das informações prestadas. O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem sua autorização por escrito.

O estudo não trará benefícios materiais ou financeiros e nenhum participante da pesquisa terá promoção ou prêmio. Como possíveis benefícios, ao participar da pesquisa, tem-se a contribuição para novas reflexões e abordagens críticas com relação à construção de saberes e práticas no desenvolvimento da função de preceptoria na ESF, na perspectiva da integralidade. Espera-se, pois, com esta pesquisa, contribuir para a avaliação e reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde que se inserem nesse contexto, a qual deve ser pautada na integralidade das ações, bem como apresentar dados e informações que poderão suscitar novas pesquisas, reflexões e discussões.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade, perda de direitos ou diferença na assistência prestada pelo profissional/pesquisador.

Caso o participante tenha algum gasto ou dano decorrente da pesquisa ele será ressarcido e indenizado, sendo-lhes garantidos todos os direitos previstos na legislação brasileira.

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), e tem como objetivo investigar como uma Equipe de Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que a apoia utilizam o PTS no seu território. Mais especificamente, conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais (das equipes NASF e ESF) sobre a ideia de Apoio Matricial e de Projeto Terapêutico Singular; identificar como as equipes se comunicam e se vinculam para a construção do PTS; identificar as potencialidades e dificuldades vividas pelas equipes para o uso do PTS como ferramenta de gestão do cuidado.

O estudo se justifica pelo fato de Projetos Terapêuticos Singulares, enquanto ferramenta prática e de intervenção compartilhada, ocuparem posição de importância estratégica fundamental e de grande potencial de transformação na vida dos usuários no enfrentamento de suas problemáticas. Por

consequência direta, o NASF, enquanto ferramenta de apoio vinculada às ESFs, possui papel privilegiado como articulador dos serviços e ações em saúde dada a grande riqueza de saberes característica de suas equipes multidisciplinares e ao seu papel e participação nos programas e políticas de atenção e gestão do cuidado em Atenção Básica. Assim, a proposta da Clínica Ampliada, mais especificamente no contexto do apoio matricial e do PTS, enquanto ferramenta do trabalho para a resolutividade na gestão do cuidado, é sabidamente fonte primordial do conhecimento para o cuidado compartilhado, respeitando a complexidade e subjetividade do indivíduo. Sendo assim, investigar a formulação e aplicação de Projetos Terapêuticos Singulares é ainda questão importante a ser pesquisada na busca de contribuir para o desenvolvimento da Clínica Ampliada e suas ferramentas e, conseqüentemente, para que se consiga uma maior resolutividade e capacidade de atuação articulada das equipes de referência e apoio na atenção primária no nosso estado e ainda para nortear caminhos para a utilização de forma mais satisfatória dessa ferramenta por meio de uma formação que contemple os fatores determinantes para a construção e desenvolvimento eficiente da mesma.

Informamos ainda que esta pesquisa segue os princípios ético-legais, contidos na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL/UFRN.

Os dados desta pesquisa serão utilizados para investigação, publicação e divulgação a fim de contribuir para a melhoria da assistência prestada aos portadores de transtornos mentais. Uma cópia desse consentimento será arquivado pelo pesquisador responsável, por um período mínimo de 5 anos.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, CPF n. _____
_____ declaro que após ter sido esclarecido(a) pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RN.**

Natal/RN, ____/____/____

Assinatura do Entrevistado

Rafael Soares Chaves
(Pesquisador Responsável)

Polegar Direito do Entrevistado
(se necessário)

APÊNDICE B

PAPEL SEM TIMBRE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS (FOTOS E VÍDEOS)

Eu, _____, AUTORIZO o(a) Professor(a) RAFAEL SOARES CHAVES, coordenador(a) da pesquisa intitulada: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RN a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de foto e vídeo com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada.

O pesquisador responsável RAFAEL SOARES CHAVES assegurou-me que os dados serão armazenados em meio de arquivo digital, sob sua responsabilidade, por 5 anos, e após esse período, serão destruídos.

Assegurou-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

Natal 10/03/2016.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ELABORADO EM DUAS VIAS; UMA FICARÁ COM O PARTICIPANTE E OUTRA COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RN** poderá trazer e entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores RAFAEL SOARES CHAVES e ANA KARENINA DE MELO ARRAES AMORIM a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa RAFAEL SOARES CHAVES, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal / /2016.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ELABORADO EM DUAS VIAS; UMA FICARÁ COM O PARTICIPANTE E OUTRA COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE D

Roteiro da entrevista individual

1. Número do Roteiro da Entrevista:
2. Idade:
3. Formação profissional:
Se pós-graduado, em qual área?
4. Qual a sua experiência profissional?
5. Quanto tempo de atuação na NASF / ESF?
6. Tem alguma formação profissional ou capacitação em Clínica Ampliada, Apoio Matricial? Qual?
7. Para você, o que é Apoio Matricial?
8. Para você, o que é um Projeto Terapêutico Singular?
9. Como foi sua primeira experiência com PTS?
10. Como você e sua equipe se articulam com outras equipes e profissionais para lidar com casos complexos?
11. Como você percebe o Apoio Matricial na sua prática profissional?
12. Como você percebe seu papel e de sua equipe na elaboração de PTS?
13. Como você sua equipe e demais profissionais se articulam para elaborar e aplicar PTS?
14. Como você acredita que deve ser o processo de elaboração e aplicação de PTS?
15. Quais as suas motivações em desenvolver PTS no seu território? E quais as dificuldades?
16. Você se sente preparado para trabalhar com PTS? E com Apoio Matricial?

APÊNDICE E

Roteiro do Grupo Focal

O Grupo Focal terá início às 8h30min da manhã e terá de uma a duas horas de duração.

Orientações iniciais:

- a) só uma pessoa de cada vez deve falar;
- b) evitem discussões paralelas para que todos participem;
- c) ninguém pode dominar a discussão;
- d) todos têm o direito de dizer o que pensam.

Recursos utilizados:

- Bloco de anotações
- Caneta de tinta azul
- Câmera digital
- Gravador de áudio

Questões norteadoras:

1. O que é Apoio Matricial?
2. O que é um Projeto Terapêutico Singular?
3. Como foi sua primeira experiência com PTS?
4. Como você e sua equipe se articulam com outras equipes e profissionais para lidar com casos complexos?
5. Como você percebe o Apoio Matricial na sua prática profissional?
6. Como você percebe seu papel e de sua equipe na elaboração de PTS?
7. Como você sua equipe e demais profissionais se articulam para elaborar e aplicar PTS?
8. Como você acredita que deve ser o processo de elaboração e aplicação de PTS?

9. Quais as suas motivações em desenvolver PTS no seu território? E quais as dificuldades?
10. Você se sente preparado para trabalhar com PTS? E com Apoio Matricial?

APÊNDICE F

MODELO DE TABELA DE PRÉ-CATEGORIAS PARA ANÁLISE DE DADOS

Distribuição das pré-categorias / Entrevistas individuais NASF						
ENTREVISTADOS	CLÍNICA AMPLIADA	APOIO MATRICIAL	PTS CONCEITOS	PTS EXPERIÊNCIAS	PTS DIFICULDADES	PTS POTENCIALIDADES
PSI						
NUT						
ED. FIS						
FISIO.						
TER. OCUP.						
ASS. SOC						

Distribuição das pré-categorias / Entrevistas individuais ESF						
ENTREVISTADOS	CLÍNICA AMPLIADA	APOIO MATRICIAL	PTS CONCEITOS	PTS EXPERIÊNCIAS	PTS DIFICULDADES	PTS POTENCIALIDADES
ENF.						
MED.						
ODON.						
TEC. ENF.						
ACS 1						
ACS 2						
ACS 3						

APÊNDICE G**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO RN

Pesquisador:

RAFAEL SOARES CHAVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55649816.7.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal:

Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.562.579

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória a qual busca investigar como uma Equipe de Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que a apoia utilizam o PTS no seu território. A abordagem metodológica busca observar o processo de elaboração e aplicação desse dispositivo por diferentes equipes de apoio e referência através de Entrevistas Individuais Semiestruturadas e Grupo Focal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar como uma Equipe de Estratégia Saúde da Família e a equipe NASF que a apoia utilizam o PTS no seu território.

Objetivo Secundário:

Continuação do Parecer: 1.562.579

Conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais (das equipes NASF e ESF) sobre a ideia de Apoio

Matricial e de Projeto Terapêutico Singular. Identificar como as equipes se comunicam e se vinculam para a construção do PTS. Identificar as potencialidades e dificuldades vividas pelas equipes para o uso do PTS como ferramenta de gestão do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Podem existir tão somente os riscos de desconforto ou constrangimento durante as entrevistas individuais, pela exposição ou por não saber responder às indagações, invasão de privacidade, perda de tempo, exposição da identidade. Os procedimentos utilizados não oferecem risco à dignidade e integridade física ou mental dos participantes. Benefícios: a contribuição para novas reflexões e abordagens críticas com relação à construção de saberes e práticas no âmbito da Estratégia Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Espera-se, pois, com esta pesquisa contribuir para desenvolvimento da Clínica Ampliada, do Apoio Matricial e das tecnologias leves em saúde, em especial os Projetos Terapêuticos Singulares, bem como apresentar dados e informações que poderão suscitar novas pesquisas, reflexões e discussões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa para trabalho de conclusão de Curso Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma satisfatória de acordo com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer do relator favorável à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que constem o objetivo e a justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular n. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatória a rubrica em

Continuação do Parecer: 1.562.579

todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_700036.pdf	29/04/2016 16:31:33		Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	29/04/2016 16:16:29	RAFAEL SOARES CHAVES	Aceito
Outros	Folhade_Identificacao_do_pesquisador.docx	29/04/2016 15:17:47	RAFAEL SOARES CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEPE_abr_2016.docx	27/04/2016 17:01:15	RAFAEL SOARES CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_autorizacao_gravacao_de_voz.docx	27/04/2016 16:59:22	RAFAEL SOARES CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_autorizacao_uso_de_imagens.docx	27/04/2016 16:58:56	RAFAEL SOARES CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/04/2016 15:08:53	RAFAEL SOARES CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.odt	25/04/2016 11:01:38	RAFAEL SOARES CHAVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 27 de Maio de
2016.

Assinado por:
HELIO ROBERTO EKIS
(Coordenador)