

Secretaria de Estado da Saúde

Instituto de Saúde

Fiamma do Amaral Diaz

**Projeto Terapêutico Singular – entre a prática clínica e
o cuidado ofertado em três centros de atenção
psicossocial de um município de São Paulo**

São Paulo - SP

2019

Fiamma do Amaral Diaz

**Projeto Terapêutico Singular – entre a prática clínica e
o cuidado ofertado em três centros de atenção
psicossocial de um município de São Paulo**

**Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado ao
Instituto de Saúde, para a obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva.**

Orientadora: Profa. Ms.: Lígia Rivero Pupo

São Paulo - SP

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Diaz, Fiamma do Amaral.

Projeto Terapêutico Singular – entre a prática clínica e o cuidado ofertado em três centros de atenção psicossocial de um município de São Paulo / Fiamma do Amaral Diaz.

Orientadora: Profa. Ms.: Lígia Rivero Pupo - São Paulo, 2019. 39p.

Trabalho de Conclusão de curso (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde.

Curso de Especialização em Saúde Coletiva.

Derecho al delirio

Aunque no podemos adivinar el tiempo que será,
sí que tenemos al menos el derecho de imaginar
el que queremos que sea.

Las Naciones Unidas ha proclamado
extensas listas de derechos humanos,
pero la inmensa mayoría de la humanidad
no tiene más que el derecho
de ver, oír y callar.

¿Qué tal si empezamos a ejercer el jamás proclamado
derecho de soñar?

¿Qué tal si deliramos por un ratito?
al fin del milenio, vamos a clavar los ojos más allá de la infamia
para adivinar otro mundo posible:

El aire estará limpio de todo veneno que no venga
de los miedos humanos y de las humanas pasiones.

La gente no será manejada por el automóvil,
ni será programada por la computadora,
ni será comprada por el supermercado,
ni será mirada por el televisor.

El televisor dejará de dejará de ser
el miembro más importante de la familia.

La gente trabajará para vivir,
en lugar de vivir para trabajar.

Se incorporará a los códigos penales
el delito de estupidez,
que cometen quienes
viven por tener o por ganar,
en vez de vivir por vivir
no más.

Como canta el pájaro,
sin saber que canta,
y como juega el niño,

sin saber que juega.

En ningún país irán presos los muchachos
que se nieguen a cumplir el servicio militar,
sino los que quieran cumplirlo.

Los economistas no llamarán nivel de vida
al nivel de consumo;
ni llamarán calidad de vida
a la cantidad de cosas.

Los cocineros no creerán
que a las langostas les encanta que las hiervan vivas.

Los historiadores no creerán
que a los países les encanta ser invadidos.

El mundo ya no estará en guerra contra los pobres,
sino contra la pobreza.

Y la industria militar no tendrá más remedio
que declararse en quiebra.

La comida no será una mercancía,
ni la comunicación un negocio.

Porque la comida y la comunicación
son derechos humanos.

Nadie morirá de hambre,
porque nadie morirá de indigestión.

Los niños de la calle no serán tratados
como si fueran basura,

porque no habrá niños de la calle.

Los niños ricos no serán tratados
como si fueran dinero,

porque no habrá niños ricos.

La educación no será el privilegio
de quienes puedan pagarla,

y la policía no será la maldición
de quienes no puedan comprarla.

La justicia y la libertad,
hermanas siamesas,

condenadas a vivir separadas,
volverán a juntarse,
volverán a juntarse bien pegaditas,
espalda contra espalda.

En Argentina, las locas de plaza de mayo
serán un ejemplo de salud mental,
porque ellas se negaron a olvidar
en los tiempos de la amnesia obligatoria.

La perfección,
la perfección seguirá siendo
el aburrido privilegio de los dioses.

Pero en este mundo,
en este mundo chambón y jodido,
seremos capaces de vivir cada día como si fuera el primero
y cada noche como si fuera la última.

(En: Patas Arriba - la escuela del mundo al revés, de Eduardo Galeano).

Agradecimentos

À minha orientadora, pela escuta e compreensão. Agradeço pela orientação mesmo nos momentos tempestivos, pois me proporcionaram muitos processos de aprendizado.

À minha família, pela inspiração que alimenta minhas andanças.

Ao meu namorado, por todo o cuidado oferecido, dengos, domingos e abraços no qual sinto aconchego.

Aos meus queridos amigos, pelos encontros, correspondência e experiências que favorecem o aflorar de potencialidades afetivas.

Ao Thales do setor de Apoio Técnico e Desenvolvimento, do Instituto de Saúde, pela paciência e ajuda na formatação do trabalho, que sempre gera estresse.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	9
2. METODOLOGIA	14
3. RESULTADOS e DISCUSSÃO	16
4. CONCLUSÃO	25
5. REFERÊNCIAS	26
6. APÊNDICES	29

Inquietações no campo da saúde mental

O presente artigo consiste em um estudo de caso em que serão apresentadas reflexões a respeito da organização e planejamento do cuidado dos serviços especializados em saúde mental do município de Franco da Rocha, visitados durante as práticas que compõem a proposta interventiva/curricular do programa de especialização em Saúde Coletiva oferecido pelo Instituto de Saúde de São Paulo. De acordo com os dados coletados, pretende-se analisar como os equipamentos de atenção especializada integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município do estado de São Paulo se organizam para a elaboração de projetos terapêuticos singulares que possam contribuir para ampliar a resolutividade dos casos atendidos, garantir a longitudinalidade do acompanhamento, promover a participação do sujeito e sua família, de modo a compor uma rede com articulação intersetorial, baseada na corresponsabilização do cuidado ofertado nos serviços. ~~a elaboração de planos de cuidado e projetos terapêuticos singulares que possam contribuir para ampliar a resolutividade dos casos acompanhados, garantir a longitudinalidade do cuidado, promover a participação do sujeito e sua família, de modo a compor uma rede intersetorial articulada, baseada na corresponsabilização do cuidado ofertado pelos serviços e na articulação intersetorial.~~

Nesse sentido, torna-se importante compreender que a saúde mental permeia a vida de qualquer pessoa, não sendo um aspecto imutável e determinante, mas pelo contrário, pode ter vários desdobramentos nos diferentes arranjos que o circundam, apresenta alterações com o passar dos anos e é continuamente influenciada pelos diversos elementos que perpassam a trajetória pessoal de cada um, além da correlação com os condicionantes de saúde. Sendo assim, todo sujeito está inserido em uma cultura, por meio da qual irá compor seus valores, visões de mundo, relações de hierarquia, noções sobre o que é normal, o que considera patológico e atitudes frente aos seus problemas. Suas capacidades cognitivas, psicológicas, hábitos, a perda de um ente querido, relações familiares, condições de trabalho, crença religiosa, predisposição genética, situação de moradia, acesso a serviços de educação, saúde, assistência social, saneamento básico, rede de apoio, dentre outros fatores, podem ser fatores na gênese de algum sofrimento mental. Conflitos internos e externos, a privação de direitos e/ou

problemas envolvendo uma ou mais esferas da vida, se relacionam com a produção de sofrimento psíquico (Brasil, 2013).

Na década de 70 e 80 emergiam no Brasil diversos movimentos que visavam promover transformações a nível político, econômico, social e cultural. No âmbito da saúde, profissionais se organizaram para consolidar o Movimento Sanitarista e o movimento da Reforma Psiquiátrica, sendo que ambos possuem princípios que dialogam entre si, de maneira complementar, a partir da concepção abrangente de saúde, compreendida não somente como sendo a ausência de doença, mas que se configura como um conjunto de aspectos relacionados direta e indiretamente ao bem-estar social da pessoa, assim como fatores de risco e de proteção, que estejam atrelados à sua condição de saúde (Nunes, M. et al, 2007).

A Reforma Psiquiátrica inaugurou mudanças no cenário da saúde mental, com o progressivo fechamento das instituições manicomiais, na medida em que defendia outras formas de tratamento para as pessoas que apresentavam alguma demanda de saúde mental, prezando pela autonomia, desejos e garantia da cidadania desses indivíduos. A partir desses pressupostos, ocorre progressivamente a transição de um modelo hospitalocêntrico para a configuração de um novo modelo, baseado na atenção psicossocial, em que são propostos, por exemplo, serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reabilitação social dos indivíduos que ficaram institucionalizados por longos períodos e apresentavam quadros crônicos. Esse novo modelo é baseado em alguns princípios tais como: integralidade da atenção, interdisciplinaridade, cuidado comunitário e territorial, atenção longitudinal, responsabilização compartilhada, clínica ampliada, autonomia e participação dos usuários no cuidado. Foram também estruturados alguns dispositivos para qualificar a gestão do cuidado: acolhimento, projeto terapêutico singular, matriciamento, equipe ou profissional de referência. Conforme apontam Franco & Júnior (2004), torna-se emergente que as equipes de saúde repensem a organização de seu processo de trabalho, percebida como uma questão desafiadora, na medida em que é necessário articular os conhecimentos técnicos com a sabedoria popular, conferindo voz ativa à população atendida e redirecionar o fluxo assistencial de modo que o serviço seja usuário-centrado. No âmbito da saúde mental os problemas passam a ser compreendidos a partir do contexto social e familiar, sendo o *projeto terapêutico singular* um instrumento que propicia a escuta de múltiplas vozes.

As ações de saúde devem proporcionar a integralidade do cuidado e investir nas tecnologias leves e leve-duras, de acordo com Merhy (2009), ou seja, no encontro entre trabalhador e usuário, permitindo a construção de vínculos, de confiança, ampliando a percepção profissional sobre as questões de saúde e necessidades sociais, igualmente relevantes que podem atenuar ou agravar o quadro clínico da pessoa. O processo do *Projeto Terapêutico Singular* (PTS) constitui-se como uma tecnologia leve, ao mesmo tempo em que, atrelado ao processo de acolhimento, compõe uma nova lógica de gestão do cuidado, de forma a preconizar práticas que não sejam centradas nos diagnósticos, mas sim nos sujeitos.

Atenção psicossocial – desdobramentos de uma rede

Na perspectiva do modelo de atenção psicossocial, as intervenções possuem como enfoque as diferentes dimensões constitutivas da vida de uma pessoa, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, culturais, apresentando importantes mudanças no que diz respeito às condutas anteriores focadas na internação e no uso estrito de e medicamentos relacionadas ao modelo asilar, delineando dessa forma, um novo posicionamento ético-político dos profissionais (Carvalho e al. 2012).

De acordo com a portaria nº 3.088 de dezembro de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada às pessoas com demandas de saúde mental, que possui os seguintes componentes: Atenção básica em saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades, Unidades de Acolhimento, Upa 24 horas, enfermaria especializada em Hospital Geral, visando a reinserção social e estratégias que promovam a desinstitucionalização.

Grigolo et al. (2014) pontuam que, o manejo e compreensão sobre as demandas de saúde mental advindos da clínica tradicional enfatizam predominantemente os sintomas de forma isolada, conforme uma visão biologizante, com intervenções que são limitadas por procedimentos que se caracterizam pelo acentuado tecnicismo, sem considerar os recursos emocionais, cognitivos e relacionais do sujeito, assim como a complexidade de arranjos presentes no contexto e território em que ele vive. Conforme Merhy (1998) de uma forma ou de outra, as condutas de alguns trabalhadores da saúde apresentam o olhar clínico tradicional, devido heranças de uma formação. Entretanto a clínica com um olhar ampliado não está atrelada somente com os procedimentos de

diagnósticos e resposta objetiva para os problemas de saúde, mas implica igualmente em um processo de diálogo permanente, trocas, produção subjetiva e interações que ocorrem de forma partilhada.

No modelo psicossocial, o PTS ganha centralidade, na medida em que possibilita o planejamento e organização do cuidado com foco na integralidade das necessidades do sujeito em seu contexto; e na medida em que propõe um raciocínio multidisciplinar, longitudinal, intersetorial, que envolve os diferentes pontos de atenção necessários à resolução do problema, inclui a pessoa em sofrimento e sua rede social na construção do cuidado.

Clínica ampliada – trajetos e possibilidades com o Projeto Terapêutico Singular

A proposta da clínica ampliada visa proporcionar um diagnóstico situacional sobre os problemas, necessidades, riscos de saúde e vulnerabilidades da população atendida pela equipe de referência, além de igualmente considerar os fatores de proteção pessoais e sociais e redes de apoio presentes na comunidade para melhorar as condições de vida das pessoas. Nesse sentido, diferentemente da medicina tradicional ou modelo biomédico, as práticas dos profissionais devem prezar o contexto psicossocial e a autonomia dos sujeitos, tornando legítimos os desejos, sugestões, dúvidas e conhecimentos advindos dos mesmos, para a perpetuação do cuidado em saúde (Campos, 2007).

Sendo assim, a clínica ampliada é uma nova forma de gerir saúde, perpetuada por meio de uma equipe de referência que atua de maneira interdisciplinar, ou seja, constituindo-se como um grupo o mais heterogêneo possível, valorizando os vários conhecimentos a partir de uma perspectiva horizontalizada, incorporando a participação social e realizando reuniões para o compartilhamento de percepções sobre as demandas mais recorrentes e discussão de casos (Ferreira, 2014).

O Projeto terapêutico singular (PTS) insere-se como uma ferramenta que visa promover um cuidado contínuo de acordo com a perspectiva biopsicossocial, abrangendo diversos aspectos que se relacionam direta e indiretamente com a saúde do indivíduo, família ou coletivo em questão, que resulta da discussão de uma equipe multidisciplinar a partir do direcionamento de um olhar que não se restringe a focar a doença, mas sim, o contexto no qual ela se desenvolveu, suas repercussões na vida

sujeito e quais são as percepções que ele tem sobre si mesmo e seu estado de saúde (Brasil, 2013).

Desse modo, verifica-se que é preferível o termo Projeto Terapêutico Singular ao invés de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, pois ele pode ser voltado para um indivíduo, família ou grupo social, remete às especificidades, concebe as diferenças de cada caso acompanhado, no sentido de não se restringir apenas aos procedimentos protocolares e intervenções na lógica de queixa-conduta, que não enxergam as pessoas que estão adoecidas, que possuem histórias, que apresentam um quadro clínico sob influência de uma variedade de condicionantes de saúde (Brasil, 2007).

O PTS é uma ferramenta gerencial de planejamento de cuidado no qual são propostos um conjunto de possíveis intervenções com fins terapêuticos, que visa a combinação de múltiplos olhares e o alinhamento de diferentes percepções dos profissionais que constituem a equipe multidisciplinar do serviço. Parte-se de uma concepção abrangente a respeito da saúde, não sendo esta compreendida como somente a ausência de doença. Há também uma proposta de cuidado não apenas atrelada aos sintomas e características do indivíduo isolado, mas que envolve o aproveitamento dos recursos comunitários disponíveis no território em que a pessoa, família ou grupo residem (Brasil, 2007).

O PTS, enquanto dispositivo de organização do cuidado a ser ofertado é dinâmico e deve ser revisitado, revisto e reavaliado a qualquer momento. A sua construção envolve a participação ativa da pessoa em sofrimento, seus familiares e se for conveniente de outros atores de sua rede social.

Podem ser identificadas quatro etapas na elaboração de um PTS: 1) a definição de hipóteses diagnósticas (tanto clínica como psicossocial), avaliação de risco e vulnerabilidade de forma expandida; 2) definição de metas de curto, médio e longo prazo, a serem dialogadas e pensadas juntamente com o sujeito; 3) divisão das responsabilidades atribuídas aos profissionais da equipe, levando em conta a criação de vínculo e confiança obtida com o usuário, para favorecer a continuidade do acompanhamento; 4) reavaliação do projeto, prezando pela flexibilidade, evolução do caso, assim como outras possibilidades interventivas (Brasil, 2009).

A elaboração de um PTS se situaria entre a prática clínica e a gestão e organização do cuidado, sendo um dispositivo que possibilita a reorganização do tipo de cuidado ofertado pelos serviços e cuja lógica deve permear os diálogos com usuários e familiares, discussões de equipe de forma que tal cuidado seja pertinente às necessidades e singularidades de cada usuário, evitando tratamentos inadequados. O projeto terapêutico singular será uma ferramenta de suma relevância para que o processo de trabalho seja bem articulado, flexível, com ações de saúde alinhadas à concepção de atenção psicossocial, que delinea uma estratégia de cuidado adotada pela equipe, a qual deve ser constantemente modificada, diante das especificidades de demandas atendidas, desejos dos usuários, apresentando assim, uma multiplicidade de saberes e práticas. (Franco & Júnior, 2004).

Este trabalho tem como objetivo conhecer e analisar o modo como os Centros de Atenção Psicossocial de um município do interior de São Paulo, realizam o planejamento e organização do cuidado ofertado, e posteriormente comparar tal raciocínio com a ferramenta do *projeto terapêutico singular*, tal como é proposta na literatura levantada.

Metodologia

Este trabalho baseou-se no método de estudo de caso, que se caracteriza como uma pesquisa de natureza qualitativa, sobre um fenômeno social, considerado de grande importância para as Ciências Sociais e Humanas, que se utiliza de diversas formas de coleta de dados e múltiplas provas, incluindo observações, entrevistas e investigação de documentos, entre outros (Esteban, 2010). Estabelece um determinado referencial teórico, que irá direcionar as questões estudadas, considerando os dados obtidos. Do mesmo modo, o estudo de caso pode ser visto como uma forma de pesquisa empírica, servindo para delinear o processo investigativo, sendo muito adequado quando pretende-se conhecer de modo mais minucioso os diversos aspectos que compõem um determinado evento, contexto ou arranjo organizacional (Freitas e Jabbour, 2011).

A metodologia utilizada nesse trabalho apresenta limitações, pois a temática do trabalho não havia sido definida a priori das experiências práticas da especialização, implicando em dados insuficientes para o desenvolvimento pleno da parte de resultados e análises. Por esse motivo, as análises apresentadas não possuem a pretensão de serem verdades absolutas ou inquestionáveis, sendo que buscou-se traçar cuidadosamente

reflexões de acordo com as percepções, entendimentos obtidos com as entrevistas, observações e esquematização conjunta do fluxograma com as equipes dos serviços.

População

O estudo foi realizado em um município paulista, localizado na região metropolitana de São Paulo, com uma população estimada em 2015 de 145.750 habitantes. Apresenta uma Rede de Atenção Psicossocial composta na atenção especializada por: dois Serviços de Residência Terapêutica, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Convivência (CECO), um Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAISM) e três Centros de Atenção Psicossocial nas respectivas modalidades:

Caps II – que possui o horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h e foi criado em novembro de 2014.

Caps Infanto-juvenil – apresenta horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h e surgiu em junho de 2017.

Caps Álcool e outras Drogas – cujo horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, criado em julho de 2017.

Na assistência primária em saúde mental o município possui para atendimento, doze unidades básicas de saúde e dois NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

A coleta de dados foi realizada especificamente nos três CAPS do município.

Procedimentos

Primeiramente foi realizada uma revisão bibliográfica de materiais teórico-técnicos sobre o planejamento do cuidado no âmbito da saúde mental por meio da tecnologia do projeto terapêutico singular (PTS). Foram levantados artigos científicos sobre Projeto Terapêutico Singular nas bases de dados Lilacs, Google Acadêmico, manuais e documentos de diretrizes do Ministério da Saúde.

Posteriormente foi realizada uma visita em cada um dos CAPS do município em que foram coletadas informações a partir de três estratégias: a) entrevista semi-estruturada mediante um roteiro previamente estabelecido (foi analisada a parte referente ao PTS e planejamento do cuidado); b) representação gráfica do fluxograma

do serviço, feita em conjunto com os profissionais do serviço; c) observação da estrutura física e rotina do serviço.

Em seguida, foi desenvolvida uma análise comparativa entre a forma como os três Centros de Atenção Psicossocial do município planejam e organizam o cuidado ofertado em saúde mental, com base na ferramenta do PTS, relacionando com o que a literatura preconiza.

Resultados e discussão

Título artigo	Autor	Principais ideias sobre PTS
Cadernos de Atenção Básica, n. 34.	Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.	O PTS é entendido como uma estratégia de cuidado e ferramenta interventiva que possibilita modificações referentes à organização tradicional de um serviço de saúde. Propõe o compartilhamento do cuidado, a corresponsabilização das ações e também a transversalidade dos conhecimentos.
Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.	Desenvolve a reflexão de que o PTS geralmente é indicado para situações mais complexas, acompanhadas pela Atenção Básica. Analisa que o PTS não se resume ao diagnóstico, pois esse está atrelado a um padrão de noções a respeito do sujeito, de forma a produzir condutas profissionais que pouco consideram a dimensão subjetiva. Ressalta que o usuário deve assumir um papel de protagonista no processo do seu próprio tratamento. Além disso, defende que para que a humanização da gestão seja obtida, é necessário que haja a horizontalização nas relações profissionais, na medida em que o conhecimento de um não se sobrepõe ao do outro.

<p>Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.</p>	<p>Ministério da Saúde.</p>	<p>Discorre que o PTS pode ser direcionado para um sujeito, família ou grupo social, conforme discussões de equipe multiprofissional e ações interdisciplinares. Destaca que as ações planejadas devem ser constantemente revistas e negociadas com o usuário e seus familiares.</p>
<p>A construção de um projeto terapêutico singular: potencialidades e limitações.</p>	<p>Laura Graças Padilha de Carvalho, Mayrene Dias de Sousa Moreira, Larissa de Almeida Rézio, Neuma Zamariano Fanaia Teixeira</p>	<p>O artigo discorre sobre desdobramentos que a elaboração do Projeto Terapêutico Singular proporciona: sensibilização da família a respeito de como o Caps planeja a oferta de cuidado e esclarecimentos de dúvidas em relação à demanda de saúde mental da usuária. O PTS também contribui para a autonomia da usuária e uma maior aproximação com seus familiares.</p>
<p>Entendendo o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular em CAPS.</p>	<p>Anderson Borges Ferreira</p>	<p>O artigo pontua que o processo de elaboração do PTS está vinculado com a proposta da clínica ampliada e sendo assim, baseia-se na diferença ou singularidade de cada caso, serviço e equipe de trabalho em questão. Analisa que a utilização do PTS pode refletir tanto no conhecimento necessário para o manejo das diversas demandas atendidas, como também repercute no modo como o cuidado é oferecido pelo serviço.</p>
<p>O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial.</p>	<p>Tânia Maris Grigolo, Girlane Mayara Peres, Carlos Alberto Garcia Junior, Jeferson Rodrigues</p>	<p>Pesquisa qualitativa na perspectiva da saúde coletiva que visa proporcionar reflexões sobre a importância e aspectos envolvidos na elaboração do Projeto Terapêutico Singular. Pontua que o PTS supera o modelo de clínica tradicional, na medida em que discute além do diagnóstico e da medicação psiquiátrica, partindo para</p>

		<p>uma abordagem dos vários aspectos relacionados com a vida de uma pessoa. Destaca a importância da dimensão terapêutica do planejamento do cuidado, que se refere às ações que produzem sentido para os sujeitos envolvidos no PTS.</p>
<p>Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III.</p>	<p>Scheila Silva Rasch, Angela Nobre de Andrade, Luziane Zacché Avellar e Pedro Machado Ribeiro Neto</p>	<p>Analisa que o PTS surge em decorrência da criação do SUS, por meio do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica, por caracterizar-se como um dispositivo que auxilia na organização das equipes de profissionais da saúde, através de um planejamento do cuidado. O PTS deve conter ações terapêuticas pensadas de modo articulado, representando um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos e grupos.</p>
<p>Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado.</p>	<p>Elisabete Ferreira Mângia e Juliana de Oliveira Barros</p>	<p>Apresenta reflexões de que o PTS deve contemplar intervenções ligadas à proposta de reabilitação social, que visam garantir o exercício da cidadania dos sujeitos. O PTS enquanto ferramenta clínica se envolve com a abertura de trocas entre os profissionais e entre profissionais e usuários, delineando novos agenciamentos de produzir saúde, por meio de processos de desterritorialização, que rompem com o modelo asilar e paradigma biomédico, criando novas possibilidades para o estabelecimento de vínculos e autonomia dos sujeitos.</p>

Para analisar como o serviço realiza o planejamento e organização do cuidado, foram consideradas as categorias que remetem à: a) participação do usuário e família; b) trabalho em equipe, envolvendo cuidado compartilhado; c) avaliação e aproximação do problema; d) reavaliação; e) regularidade e f) se o raciocínio sobre o cuidado é na proposta de serviço usuário-centrado. Os respectivos processos de trabalho possuem relação com a elaboração do Projeto terapêutico singular.

CAPS A

É possível perceber que ocorre a participação do usuário e sua família nas atividades propostas pelo serviço, pois uma vez por mês são realizadas Assembleias com usuários e com familiares, compreendidos como importantes espaços para promover autonomia e o compartilhamento de sugestões. O CAPS também oferece um grupo coordenado por uma psiquiatra e psicólogo, para tratar de conflitos familiares.

Foi notado que o serviço apresenta uma visão de cuidado para além do foco no uso abusivo de drogas, por promover intervenções que contemplam a integralidade da existência para além do abuso de drogas, assim, buscam acessar outros elementos igualmente relevantes na vida de qualquer pessoa. Pode-se dizer que esta visão não focada apenas no uso abusivo encontra-se alinhadas à perspectiva de redução de danos, apesar de ser perceptível a falta de consciência dos profissionais sobre isso. Durante a entrevista, foi verbalizado o pouco esclarecimento conceitual da equipe sobre a estratégia de *redução de danos* e quais práticas estão relacionadas a esta perspectiva.

Constatou-se que o cuidado compartilhado é parcial, pois não existe um planejamento sistemático de todas as ações oferecidas, e as propostas interventivas são discutidas entre todos os integrantes da equipe apenas nas reuniões mensais. A partir da entrevista, compreendeu-se que os profissionais desse CAPS trabalham visando o que eles chamam de *recuperação*, que implica na preocupação com os laços sociais que o sujeito estabelece e busca auxiliá-lo no exercício de sua cidadania, que pode ser alcançada por meio de um emprego, por exemplo.

Conforme análise da entrevista, as observações e o fluxograma do serviço, verificou-se que a equipe realiza avaliações dos casos em uma perspectiva biopsicossocial, considerando não somente o diagnóstico, mas também aspectos referentes à dinâmica familiar, situação econômica e de moradia e histórico clínico. Na

maioria dos casos, a reavaliação ocorre a cada três meses, sendo variável, conforme as necessidades do sujeito.

No que se refere às dificuldades e limitações percebidas em relação ao serviço, podem ser mencionadas a ausência de uma elaboração bem estruturada de Projeto Terapêutico Singular, assim como a falta de conhecimentos teórico-técnicos sobre esta estratégia, que poderiam contribuir significativamente para uma melhora no planejamento do cuidado ofertado e influenciar diretamente na resolutividade de respostas às demandas atendidas no serviço. O PTS tomado enquanto uma ferramenta clínica constitui-se como um plano de cuidados de vida para os usuários, o que implica pontuar que ele pode proporcionar fissuras, criar brechas, agenciar mudanças, romper barreiras, proporcionar aproximações e desse modo, ampliar as possibilidades de estabelecer novas prioridades, novos arranjos na vida do sujeito (Rasch et al, 2015).

CAPS B

Nesse serviço, a avaliação que a equipe multiprofissional faz é orientada de acordo com as demandas e especificidades de cada caso. Para a elaboração dos projetos terapêuticos singulares, são consideradas questões de modo abrangente, em relação ao nível de comprometimento no comportamento do sujeito, características de sua família, condição econômica, recursos que o território oferece. Além disso, também é feito o uso da ferramenta do genograma, visando proporcionar um maior detalhamento das relações familiares.

Inicialmente, os profissionais envolvidos diretamente com o caso fazem propostas de algumas atividades, englobando o sujeito e sua família, no entanto, há uma perspectiva de que essa construção seja conjunta e o planejamento de ações de curto, médio e longo prazo sejam periodicamente revistas e modificadas, conforme interesses do usuário e outras circunstâncias igualmente relevantes.

Alguns diagnósticos, provenientes de encaminhamentos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), por exemplo, sofrem alterações e questionamentos, de acordo com uma reavaliação feita pela equipe do serviço, configurando desdobramentos de uma abordagem biopsicossocial almejada pelo serviço, caracterizando uma orientação processual do modo de analisar os casos e realizar o planejamento de cuidado a ser oferecido.

Conforme a entrevista e dados obtidos do fluxograma, há uma compreensão de que ocorrem duas formas principais de abordagem das demandas: quando o usuário apresenta dificuldades ou retardo no desenvolvimento, os profissionais que ficarão prioritariamente responsáveis pelo acompanhamento do caso serão a fonoaudióloga, neurologista e terapeuta ocupacional; enquanto que as situações de vulnerabilidade social e sofrimento psíquico são prioritariamente encarregados pela assistente social e psicóloga. O profissional de enfermagem e psiquiatra oferecem atendimentos para todos os casos que necessitam de medicação ou reavaliação sobre esse aspecto. Sendo assim, é pontuado na entrevista que nem sempre o cuidado oferecido é compartilhado necessariamente por todos os profissionais da equipe; o que define o fluxo e as intervenções a serem tomadas são as necessidades do usuário e sua respectiva família.

As reavaliações e revisões do PTS são feitas com a presença do usuário, familiares e técnico de referência. Em algumas situações, há o envolvimento de outro profissional relacionado diretamente com a condução do tratamento. Foi possível perceber que há o entendimento de que o projeto terapêutico singular direciona os processos de trabalho.

A participação do usuário e familiares no serviço ocorre em diferentes níveis, tendo em vista que a falta de adesão da família foi pontuada como uma das maiores dificuldades enfrentadas no serviço. Há propostas de grupos destinados para os usuários e em março, terá início um grupo destinado para os familiares. Os temas são escolhidos conforme a relevância percebida pelos profissionais e interesse dos participantes. Também são desenvolvidas oficinas e em alguns casos, é sugerido que o usuário participe com seus familiares, para que sejam trabalhadas questões sobre os vínculos, regras, limites, enquanto que em outras situações, é sugerido que o mesmo frequente sozinho as atividades, para incentivar sua autonomia.

Em relação à definição das atividades ofertadas, é possível compreender que parte da conciliação de dois processos: a disponibilidade, interesse e formação do profissional (ex: oficinairo e/ou profissional da educação física) para coordenar alguns espaços e a demanda da população atendida.

Dessa forma, cabe analisar que algumas dificuldades e limitações que o serviço possui estão vinculadas com uma concepção de que o cuidado é dependente da quantidade de atividades oferecidas, indicando a necessidade de desenvolver uma

perspectiva mais ampla de cuidado, atrelada à concepção de *serviço usuário-centrado*. Esta perspectiva de serviço usuário centrado não se preocupa com a quantidade de opções interventivas, mas com a pertinência de cada atividade ou oficina em relação as características e interesses dos usuários, e com a eficácia terapêutica de cada ação, dependendo de cada problema.

Saraceno (1996) discorre sobre a relevância de ações que promovam a produção de sentido para os sujeitos em processo de tratamento e reinserção social, ou seja, a dimensão desejante dos usuários repercute em um novo modo de organização das práticas, indicando quais necessidades devem ser respondidas e as vias pelas quais é possível abordá-las, de modo que o efeito terapêutico almejado perpassa na forma como as relações são estabelecidas entre si e sua adequação ao tipo de problema; ou seja, as intervenções de cuidado não devem ser decididas a priori.

Outra limitação possível de ser pontuada é a falta de reuniões de equipe, que não proporciona que haja um compartilhamento do planejamento do cuidado, nem tampouco um trabalho interdisciplinar bem alinhado. A falta de Assembleias pode ser considerada como outra barreira que dificulta a participação e maior adesão dos usuários e familiares.

CAPS C

Conforme a observação, reunião e o desenho conjunto representando o fluxograma do CAPS C, percebe-se que parte dos usuários do serviço frequentam as atividades ofertadas em outros equipamentos do município. No Centro Cultural há uma oficina de papietagem, no Centro Solidário há uma oficina de artesanato e a partir de uma aproximação, considerada exitosa, com uma escola de estética, os usuários vão sozinhos para realizar cortes de cabelo, barba, manicure.

O CAPS possui oficina de xilogravura, estamparia e de capoeira, além de um espaço para roda-de-conversa, sob a coordenação da psicóloga, resultante da demanda da população atendida. A partir da entrevista sabe-se que ocorrem atendimentos individualizados para alguns casos e de acordo com a situação, são incluídos os familiares, com apoio do psicólogo, assistente social ou outro técnico necessário. Foi pontuado que ocorrem Assembleias de familiares, mas que estão temporariamente pausadas. Esse serviço de atenção especializada oferece suporte terapêutico e

medicamentoso para os cidadãos que moram nas duas Residências Terapêuticas do município.

Analisando os vários aspectos relativos ao planejamento e organização do cuidado no CAPS C, pode-se dizer que a utilização da ferramenta do projeto terapêutico singular auxilia no vínculo construído entre profissionais, usuários e familiares, do mesmo modo que contribui para a autonomia e reinserção social, na medida em que possibilita um momento de escuta, acolhida e afirmação do desejo dos sujeitos atendidos.

Referente às reavaliações do PTS, são feitas, em média, a cada três meses, sendo variável esse período. Os profissionais entrevistados relataram que desde a abertura do serviço, ocorreu somente um caso de alta, além da dificuldade em efetuarem reuniões de equipe com uma frequência maior do que uma vez por mês, para revisarem, reformularem as metas dos planejamentos de cuidado em acompanhamento. O profissional que realiza o acolhimento do usuário costuma ser o mesmo que inicia a formulação do PTS, com o sujeito e sua família.

Dentre algumas limitações identificadas, o processo de construção dos projetos terapêuticos singulares é dificultado devido ao pouco alinhamento dos processos de trabalho entre os diversos profissionais. Tal configuração caracteriza-se pelas distintas formações dos profissionais da equipe, que adotam diferentes perspectivas sobre como proporcionar o cuidado. Isso pode acarretar em um significativo comprometimento da proposta de promover o protagonismo do usuário e seus familiares, que implica diretamente no modo como são articuladas as práticas que farão parte dos planejamentos de cuidado.

A partir da proposta de novas práticas em saúde mental, orientadas para uma superação do paradigma biomédico, é necessário que os profissionais adotem uma postura que requer o constante movimento de refletir a respeito de quais ações são promotoras de saúde, resultam em melhoras na qualidade de vida das pessoas, validam as narrativas e processos singulares, afirmam a cidadania de pessoas estigmatizadas, discriminadas.

Na medida em que as relações entre membros da equipe e entre técnicos e usuários tornam-se menos enrijecidas, se modificam a ponto de viabilizar abertura para a criação de espaços de trocas e compartilhamentos, ocorre uma ruptura no que diz

respeito à ordem vigente que opera a exclusão e institucionaliza as várias formas de violência contra as pessoas que apresentam algum transtorno mental. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância dos trabalhos em saúde serem desterritorializados, ou seja, que propiciem práticas permeadas pela sensibilidade na escuta e que se constituam no olhar do usuário, caracterizando novos agenciamentos dos modos de se produzir saúde (Mângia & Barros, 2009).

Pontos em comum dos três serviços

As equipes dos três Caps foram receptivas e se mostraram dispostas para refletir sobre seus processos de trabalho, as dúvidas que possuem e como pensam a gestão e o planejamento do cuidado. Além disso, embora haja diferenças entre si, os três serviços apresentam uma inclinação para desenvolverem, gradualmente, ações pautadas na proposta do modelo biopsicossocial.

Durante as entrevistas realizadas, a equipe de um dos CAPS expressou que não realiza a elaboração de projetos terapêuticos singulares para os casos atendidos, pelo fato de não saberem como fazê-lo ou como estruturá-lo, indicando um aspecto que limita a capacidade de produzirem ações mais resolutivas.

Em muitas situações, verificou-se que o acesso ao CAPS é mediado pelo encaminhamento proveniente da Upa e/ou Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental. Inicialmente são feitas avaliações para definir se o sujeito necessita realmente de atendimento na atenção especializada ou pode ser assistido somente na Atenção Básica, sem que haja agravos e maiores comprometimentos do quadro clínico. O tratamento não é totalmente compartilhado, na medida em que os três serviços realizam somente uma reunião mensal para discussão de casos, o que é percebido como insuficiente diante da grande demanda que recebem.

A baixa frequência de reuniões de equipe é algo observado nos três serviços de atenção especializada, que caracteriza um cenário com poucos espaços destinados para a troca de saberes e das diferentes percepções sobre as necessidades dos casos. A construção e reavaliação dos PTS se centralizam majoritariamente no técnico de referência, caracterizando um planejamento que nem sempre preconiza uma abordagem interdisciplinar e o dinamismo constitutivo dessa ferramenta.

Nos três CAPS, com relação à organização do cuidado e intervenções terapêuticas propostas, identificou-se que os serviços estruturam as ações mais em função do tipo de formação, disponibilidade e interesses dos profissionais; do que em função das características singulares de cada diagnóstico, de práticas baseadas em evidência sobre determinado tipo de sofrimento mental ou em função dos interesses específicos de cada usuário.

Nesse sentido, os autores Carvalho et al (2012) destacam que uma das potencialidades do PTS é justamente a aprendizagem obtida, proporcionando reflexões sobre o transtorno mental, sobre a relação que a pessoa adoecida estabelece com seu diagnóstico, como também as práticas profissionais, implicando em uma nova forma de oferecer o cuidado, a partir da lógica de um serviço usuário-centrado. Por outro lado, outro ponto percebido na investigação empírica e igualmente pontuado pelos autores mencionados, é de que há dificuldades enfrentadas pela equipe para que o dispositivo do PTS seja plenamente absorvido pela rotina, surgindo divergências entre o que é preconizado pela literatura e a prática cotidiana.

Conclusão

A análise dos processos de trabalho e planejamento de cuidado nos três serviços de atenção especializada destacou a importância do alinhamento das práticas profissionais, a fim de garantir a adesão e continuidade da participação social para a elaboração das estratégias de cuidado e atividades ofertadas pelo Caps.

As ações do PTS devem priorizar o fortalecimento dos vínculos do sujeito com seus familiares e comunidade, estimular seu protagonismo no tratamento, o exercício pleno de sua cidadania e conduzir práticas que diminuam os mecanismos de estigmatização, na medida em que afirmam sua condição desejante.

Um desdobramento reflexivo referente ao processo de reabilitação social é o de que ele não se restringe à quantidade de oficinas e outras atividades disponibilizadas pelo serviço. A possibilidade de encontro, do aflorar de potencialidades, da ressonância de efeitos terapêuticos não deve estar condicionada à organização pré-definida do serviço. Espaços que propõem o teatro, a capoeira, o artesanato podem estar aa serviço de uma lógica de inclusão como também de exclusão, quando não se enfatiza a

construção coletiva, podem ser resolutivos - na diminuição do sofrimento mental- ou podem ser desprovidos de utilidade, caso não acessem os fatores que determinam e/ou intensificam este sofrimento ou não estimulem a criaçãoecontribuam para _acessard_ os recursos de enfrentamentos necessários. As ações de cuidado devem abranger eessar a dimensão subjetiva das pessoas que serão acolhidaseuidadas, uma vez que nem todo sujeito que apresenta um quadro de autismo, por exemplo, terá um nível de contratualidade para desenvolver sua plena cidadania a partir de uma oficina de teatro, ao mesmo tempo em que pode despertar o interesse de outros indivíduos, considerando a proposta de uma clínica ampliada que defende o direito à diferença e às singularidades (Saraceno, 1996).

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf . Acesso em: 19 Jan. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 05 jan de 2019.

Campos, G. W. S. (2007) A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.849-859.

Carvalho, L. G. P.; Moreira, M. D. S.; Rézio L.A.; Teixeira, N. Z. F. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. O Mundo da Saúde, 36 (3):521-525.

Esteban, M. P. S. (2010). Pesquisa qualitativa em educação - fundamentos e tradições. Tradução Miguel Cabrera. Editora AMGH. Porto Alegre.

Ferreira, A. B. (2014). Entendendo o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular em CAPS. Porto Alegre.

Franco, T. B.; Júnior, H. M. M. (2004). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. Publicado no livro: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec, 2ª edição. São Paulo, SP.

Freitas, W. R. S.; Jabbour, C. J. C. (2011). Utilizando estudo de caso (s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. Estudo & Debate, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 07-22.

Grigolo, T. M.; Jr, C. A. S. G.; Peres, G. M. e Rodrigues, J. (2015). O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.15, p.53-73.

Mângia, E. F.; Barros, J. de O. (2009). Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 85-91.

Merhy, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos, C. R. et al. (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/79585948/MERHY-A-perda-da-dimensao-cuidadora-na-producao-da-saude>>. Acesso em 11-fev de 2019.

Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

Nunes, M.; Juca, V. J. & Valentim, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.10, p.2375-2384. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007001000012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 09-fev de 2019.

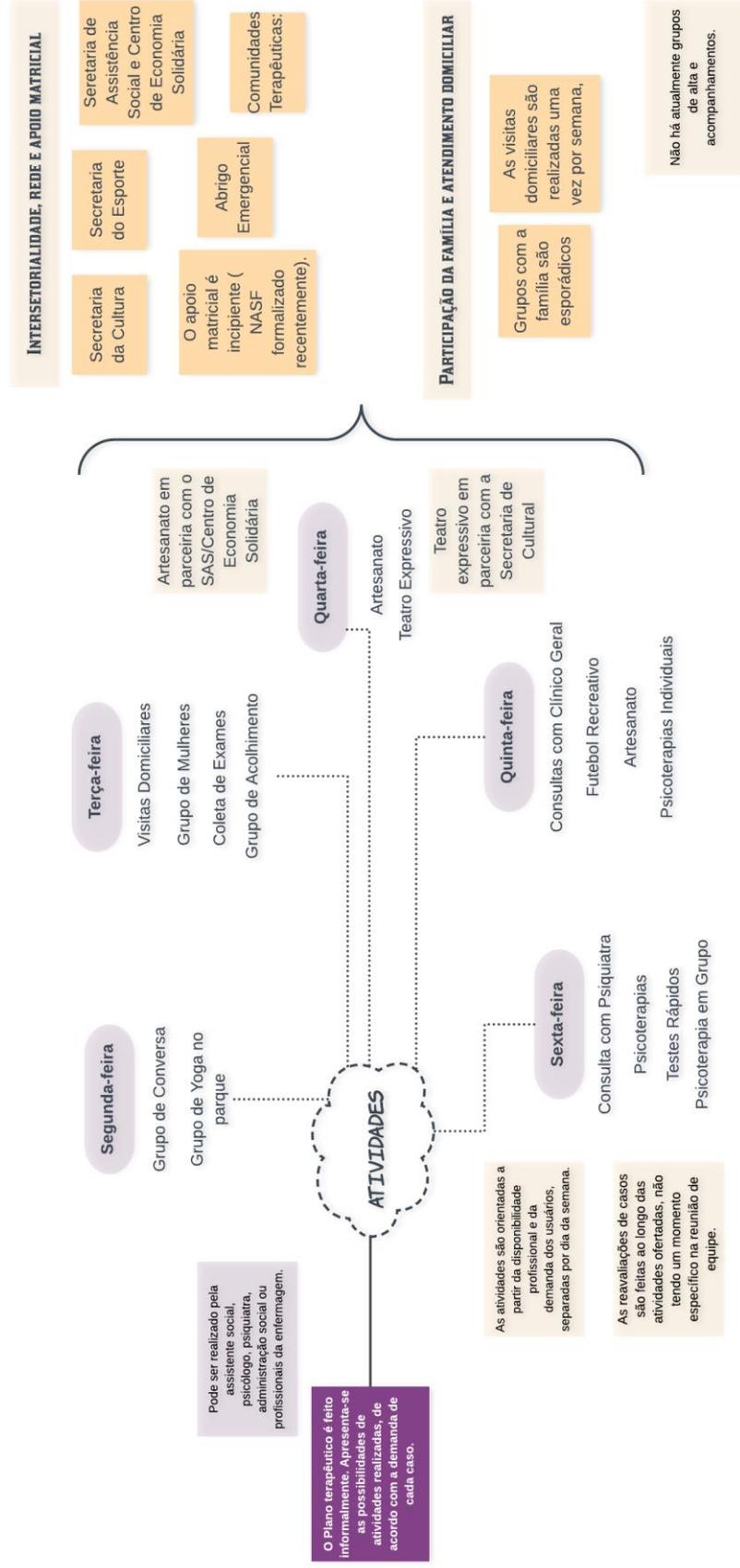
Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, DF.

Rasch, S. S., Andrade, A. N., Avellar, L. Z., & Ribeiro Neto, P. M. Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. *Psicologia em Pesquisa*, UFJF, 9(2), p. 205-215, jul-dez de 2015.

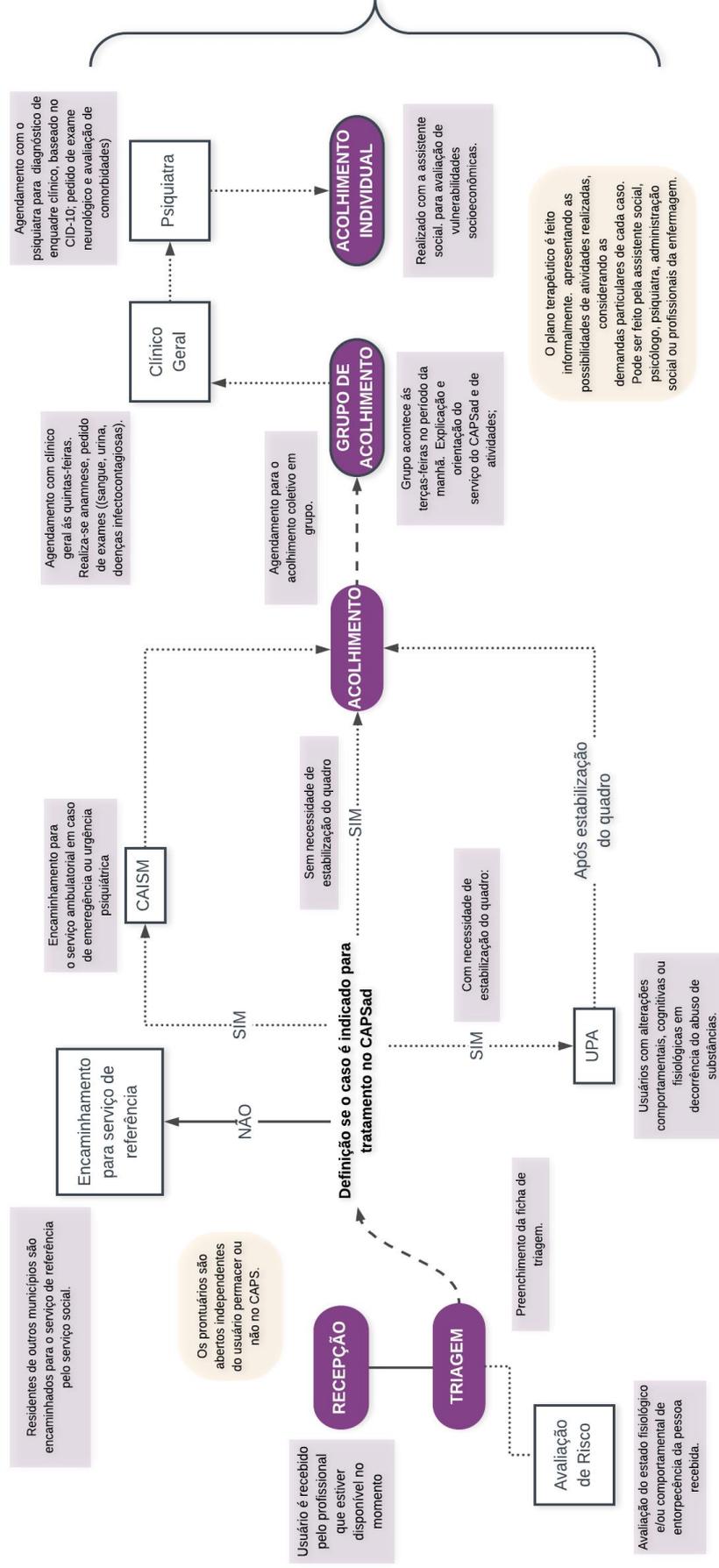
Saraceno, B. (1996). Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In A. M. F. Pitta (Ed.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4439432/mod_resource/content/1/0929_0001.pdf. Acesso em 23-fev de 2019.

APÊNDICES – Fluxogramas dos serviços

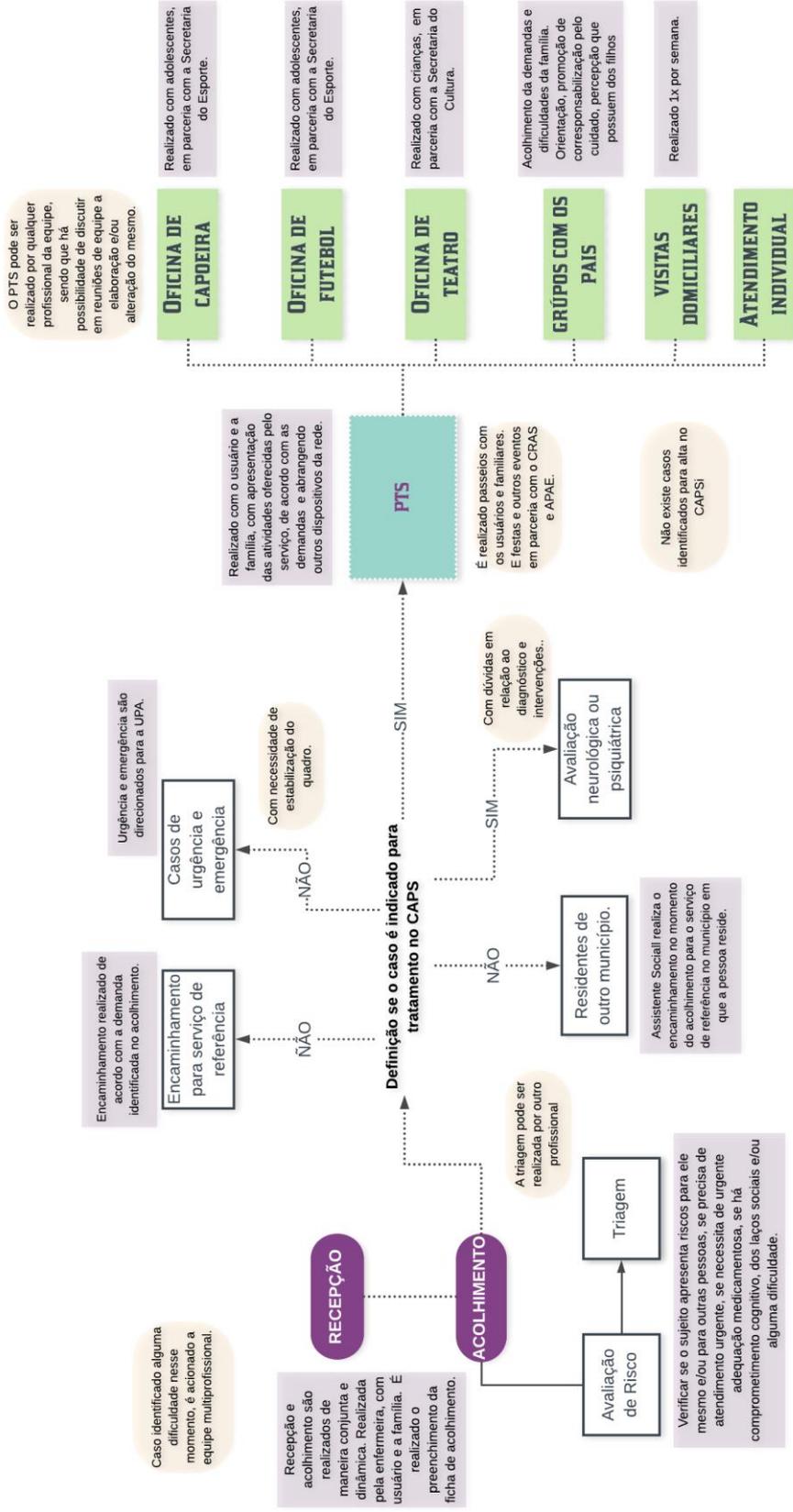
CAPS AD



FLUXOGRAMA



FLUXOGRAMA CAPS INFANTIL



FLUXOGRAMA CAPS II ADULTO

