



II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

SOLANGE CAMPELO GIRARDI

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CAPS.

BRASÍLIA - DF

2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

SOLANGECAMPELO GIRARDI

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CAPS.

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientador: Prof^o Dr. IlenoIzidio da Costa

BRASÍLIA - DF

2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

SOLANGE CAMPELO GIRARDI

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CAPS.

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Avaliador

BRASÍLIA – DF

2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.
Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as graças concedidas;

A todos os familiares que me apoiaram nesta trajetória;

Por esse recomeçar na minha caminhada profissional, recompensado por este trabalho;

Sou grata à equipe do Caps/ad Flor de Lotus, pela acolhida e por me permitir experiências importantes que me proporcionaram a busca pelo conhecimento em Saúde Mental;

Ao professor Ileno Costa, pela paciência, compreensão e conhecimento disponibilizado;

A Iane Amorim e Bianca Mendes pela companhia e apoio;

A Glacy Daiane, meu agradecimento e admiração pelo seu trabalho ético e atuante na compreensão da subjetividade singular de cada paciente;

Aos usuários do CAPS, com os quais aprendi a aceitar, admirar as pessoas com sofrimento mental e principalmente dar e receber carinho com elas;

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a confecção desse trabalho, atravessando minha vida e contribuindo para minha formação, compartilhando momentos e recriando conhecimento.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo compreender e trazer uma reflexão sobre a importância da construção de projeto terapêutico singular, como instrumento de trabalho no cuidado em saúde mental. Apresento um breve histórico das políticas em saúde mental, enfatizando o surgimento dos centros de atendimento psicossocial (CAPS), como dispositivos estratégicos para a assistência em saúde mental possibilitando uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

Ponto o projetoterapêutico singular como estratégia de trabalho fundamental que deve adotar como princípios norteadores as principais referências teóricas e técnicas da reforma psiquiátrica. Ressalto a importância da família em todo o processo de assistência e de construção do PTS, trabalho que privilegia a autonomia e cidadania da pessoa.

Diálogo, por fim, possibilidades de elaboração do projeto terapêutico singular envolvendo o usuário, familiares, uma rede de assistência à saúde e profissionais de diferentes formações, na busca da efetivação do desenvolvimento de projeto terapêutico singular como eixo estruturador do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: projeto terapêutico singular, centro de atendimento psicossocial,
família na saúde mental.

ABSTRACT

This study aimed to understand and bring a reflection on the importance of natural therapeutic project construction, as a working tool in mental health care , I present a brief history of mental health policies, focusing on the development of psychosocial care center (CAPS) , as strategic devices for mental health care enabling a replacement network to

Punctuate the unique therapeutic project as fundamental work strategy should adopt as guiding principles the main theoretical and technical references of psychiatric reform. I emphasize the importance of family throughout the care process and PTS building, work that requires the autonomy and citizenship of the person.

Dialogue, finally , development of therapeutic possibilities singular project involving the user, family members a health care network and professionals from different backgrounds , in the pursuit of effective development of natural therapeutic project as a structural axis of mental health care .

Keywords: natural therapeutic project , psychosocial care center , family mental health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. METODOLOGIA.....	13
3. DESENVOLVIMENTO.....	14
3.1 Aspectos Históricos Dos Problemas Com Saúde Mental.....	14
3.2 O PapelEstratégico Do Caps.....	16
3.3 Projeto Terapêutico Singular.....	19
3.4 AFamília e a Atenção Psicossocial.....	30
4. CONCLUSÃO.....	32
5. BIBLIOGRAFIA.....	38

1 - INTRODUÇÃO

No Brasil, a construção da Política de Saúde Mental busca garantir a defesa dos direitos, a melhoria da qualidade de assistência e a construção de respostas complexas diante das necessidades apresentadas pela população com transtornos mentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Nessa direção, especialmente a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde assumiu e propôs diretrizes para a inversão do modelo assistencial centrado no Hospital Psiquiátrico, que tem como princípio organizativo a construção das redes municipais de serviços de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; 2002; 2005).

As mudanças no cenário assistencial devem ser compreendidas em conexão com o princípio da integralidade, instituído na Constituição Federal de 1988, que propõe que o foco das ações de saúde não seja restrito à doença, mas sim centrado no sujeito em relação ao seu contexto e de acordo com as suas necessidades. Deve garantir também o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde de forma a integrar prevenção, promoção, assistência e reabilitação (ROTELLI et al., 2001; CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009).

Um dos principais desafios deste processo consiste na implantação de serviços de saúde mental na comunidade que consigam atender às demandas globais das pessoas com transtornos mentais tais como, alimentação, medicação, atenção psicológica e psicossocial, sem a necessidade do asilamento (NICÁCIO, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2006).

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) aparecem no cenário da saúde mental como instituição substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, sendo um importante dispositivo de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial de pessoas acometidas com transtorno mental.

É um serviço aberto e acolhedor que busca efetivar a inserção comunitária em busca de rede de suporte social, reconhecendo a pessoa, como sujeito singular de sua própria história e pertencente a um território sócio cultural.

Este novo modelo de promoção à saúde mental, propõe que os serviços sejam organizados na forma de uma rede articulada e acessível que compreenda o território e tenha como objetivo a reabilitação da cidadania, o empoderamento da família e comunidade em todo o processo de cuidado ao sujeito.

Nos serviços dos CAPS, temos a oportunidade de construir e reconstruir saberes e práticas voltadas para a assistência a saúde mental, a prática nos faz refletir diariamente sobre os conceitos que norteiam e nos permite ampliar os serviços de acordo com a realidade de cada instituição.

Nesse cenário, temos o projeto terapêutico singular (PTS), como importante dispositivo de trabalho, já que pode materializar e concretizar o conjunto de diretrizes proposta pelo ministério de saúde, voltada aos cuidados em saúde mental.

Através do projeto terapêutico singular, deve-se assegurar aos sujeitos um contexto assistencial realmente capaz de promover a qualidade de vida, pois sua prática tem como objetivo promover a equipe uma aproximação real do sujeito, para a compreensão da subjetividade dentro de seu contexto social, refletindo sobre sua demanda de necessidades em saúde.

Desta forma, este estudo afirma o projeto terapêutico singular (PTS), como importante instrumento de trabalho incentivador de reinserção social e promotor de possibilidades sócio cultural, político e econômico dos usuários.

Neste estudo, apresento o CAPS como articulador de rede e o projeto terapêutico singular como um potencial instrumento de trabalho e estratégia central para promover o cuidado e a organização do trabalho nos serviços substitutivos de saúde mental que estimula o usuário a ser participativo na produção de seu cuidado, trazendo-lhe reflexões sobre sua singularidade, com perspectiva de novos projetos em sua vida.

Apresento também, no contexto de saúde mental, o papel da família como co-responsável pela pessoa com transtorno mental e sua participação no planejamento do projeto terapêutico singular.

De maneira geral, o estudo pontua a necessidade de reflexões sobre as práticas que têm sido implementados nos Caps, fica enfatizado aspectos importantes como: O trabalho em equipe, a importância das parcerias institucionais e articulação com a rede de suporte social; a participação da família no processo de cuidado e principalmente o envolvimento do usuário como protagonista na construção de práticas de cuidado.

Trata-se de um estudo que buscou sustentação na literatura nacional, onde os textos selecionados foram considerados adequados aos objetivos do trabalho visando as seguintes questões norteadoras: De que forma são construídos os projetos terapêuticos singulares? Qual a participação do familiar na produção de cuidados em saúde mental? Como deve ser a relação entre equipe, sujeito e familiar na promoção de saúde mental?

Assim, a partir de revisão bibliográfica procurei dialogar com diversos autores sobre a temática e compreender a construção de projetos terapêuticos na rede de serviços de saúde mental e trazer uma reflexão acerca da participação do familiar na construção de cuidados em saúde mental.

2 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico que buscou sustentação na literatura nacional e apresenta uma revisão de literatura acerca do tema “Projeto Terapêutico Singular” no contexto dos centros de atendimento psicossocial (CAPS).

Segundo Gil(2008, p.50), “pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros, artigos científicos”.

No desejo de buscar compreensão do objeto, foi realizada revisão bibliográfica referente ao tema “Projeto Terapêutico Singular” no campo de saúde mental e de temas de contextualização que forneceram subsídios à construção das bases teóricas da pesquisa.

O estudo bibliográfico foi desenvolvido, com vistas à preparação do material para qualificação, construção das bases teóricas da pesquisa e elaboração final desta monografia.

Nesta perspectiva, foram utilizadas fontes como: livros, artigos científicos e monografias, acessados na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) , biblioteca Scielo (Scientific Electronic Library Online) e da biblioteca do Ministério da Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: saúde mental, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, caps, intervenção psicossocial.

Foram selecionados 34 resumos, dentre eles utilizou-se 21 referências na elaboração desse trabalho, pois atenderam aos critérios de inclusão devido à abordagem da saúde mental nos centros de atendimento psicossocial, visando as seguintes questões norteadoras: quais são as definições sobre projeto terapêutico singular? Qual importância da família na atenção psicossocial e na construção do projeto terapêutico singular?

Do processo de leitura e pareamento com as questões norteadoras resultaram na organização dos temas: aspectos históricos das políticas em saúde mental, o papel estratégico dos Caps na atenção a saúde mental no Brasil, projeto terapêutico singular e família na atenção psicossocial.

3 - DESENVOLVIMENTO

3.1- ASPECTOS HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS EM SAÚDE MENTAL

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituído no Brasil pelas Leis Federais 8080/1990 e 8142/90. Leis, Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde priorizam o atendimento ao portador de transtorno mental em sistema comunitário.(BRASIL, 2005).

Nos anos 70 dá-se início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

O ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É sobretudo este Movimento que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). Em 1987 aconteceu em Bauru, SP o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Foi esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a

possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

Na década de 90 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

É somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

De acordo com as citações acima podemos perceber que a reforma psiquiátrica torna o sistema mais humanizado e propõe empoderar os portadores de transtornos mentais sobre cidadania e autonomia, desta forma eles deixam de ficar a margem da sociedade para ser inseridos dentro dela. Outra conquista da reforma foi a introdução da família na participação ativo tratamento terapêutico, o paciente começa a tornar parte da sociedade a partir do momento que ele segue regularmente as propostas do cuidado em saúde mental.

A Lei Federal 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ao final do ano de 2001, em Brasília, é convocada logo após a promulgação da lei 10.216 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e de controle social.

A promulgação da lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica. É no

contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

Depois destas normatizações, os Caps torna-se lugar de referência para a assistência a saúde mental. De forma humanizada, busca-se acolher o sujeito portador de transtorno mental e propõe uma assistência baseada no respeito ao indivíduo, incentivando-o a ser autônomo e ativo na participação do seu tratamento, além de emponderar a família, sobre a necessidade de participação familiar no contexto do cuidado em saúde mental.

3.2- O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CAPS NA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde são considerados dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental e tem como objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. Eles devem ser territorializados, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se estruturar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e para a Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado familiar (BRASIL, 2004).

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializando suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele (BRASIL, 2004).

A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02: atendimento Intensivo; atendimento, Semi-Intensivo e atendimento Não-Intensivo.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial tem revelado outras realidades: as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno.

Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço (BRASIL, 2004).

Nos CAPS são trabalhados diferentes recursos terapêuticos: atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento para a família; atividades comunitárias; assembleias e reuniões de organização do Serviço.

Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Todas as ações e atividades realizadas no CAPS devem se estruturar de forma a promover as melhores

oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (BRASIL, 2004).

De acordo com Barros, Silva e Oliveira(2000), as mudanças ocorridas no interior do campo da saúde mental, particularmente os referentes ao objeto e à finalidade do processo de trabalho, situam-se no âmbito da vida emocional e da emancipação do sujeito-usuário, para a ampliação da sua autonomia e da sua reabilitação psicossocial.

Este panorama tem sido um desafio constante para os profissionais da área, tanto do ensino quanto da assistência, pois implica na transformação do saber e do fazer das profissões, para se organizar novas bases teóricas e práticas para a condução de projetos assistenciais e, assim, inventar novas maneiras de produzir saúde. Essa invenção de novas formas de produzir saúde passa obrigatoriamente pela modificação do processo de trabalho das equipes, implicando na apropriação coletiva do desafio e na construção de novas formas de responsabilização, e na assunção do problema de saúde/necessidades representada pelo usuário como objeto da ação de saúde (MERTHY, 1997).

Assim, são necessários técnicos que transformem suas práticas teóricas e políticas; questionem suas funções; sejam capazes de inventar novas possibilidades de compreensão e de relacionamento com os seus objetos e objetivos do seu trabalho (AMARANTE, 2003).

Cuidar é mais que um ato é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

A tomada de responsabilidade significa um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta; o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, dentre outros. É ao redor deste ideário e acordos comuns que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam equipes multidisciplinares, que trabalham no cotidiano dos serviços de saúde mental e no campo da atenção psicossocial (BARROS, 2008).

A atenção psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira vem construindo elementos teóricos e técnicos, ideológicos e éticos, constituindo-se um novo paradigma para as práticas em saúde mental capaz de substituir o paradigma psiquiátrico, ainda dominante na formação, e conseqüentemente nas práticas (COSTA, 2003).

A (re)construção de práticas voltadas para as reais necessidades do paciente é estabelecer relações que permitam ao usuário a apropriação, a significação e a reconstrução de sua história de vida. Reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder

contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia. Entende-se por autonomia a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta (KINOSHITA, 1996).

O conceito de autonomia, questão central no campo assistencial em saúde mental, deve embasar o conjunto de práticas dos profissionais dentro de um projeto terapêutico compartilhado, entendendo que a autonomia deve ampliar as possibilidades de estabelecer novas normas e novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 1996).

É nesse enfrentamento do cotidiano mediado pelo uso do tempo, espaço, objetos e inter-relações, que se deve processar o cuidar, ajudando e encorajando o sujeito que precisa readquirir ou adquirir a habilidade para efetuar suas trocas e suas escolhas (BARROS, 2008)

Os CAPS devem trabalhar articulados com a rede de serviços da região, pois têm a função de dar suporte e supervisão à rede básica, além de envolver-se em ações intersetoriais como: a educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, etc, na busca de reinserção dos seus membros em todas as áreas da vida cotidiana.

A idéia fundamental é que somente uma organização em rede e não apenas um serviço, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais... É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade (...) que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania (BRASIL, 2005, p.25).

3.3-PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), pactua com o que há de inovador na Reforma Psiquiátrica. Ele é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão de todos envolvidos (OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2008b).

O Projeto Terapêutico Singular é um dos principais instrumentos de trabalho interdisciplinar dos CAPS, pois possibilitam o trabalho colaborativo entre equipe, paciente e família. Além do mais, permite também o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento do usuário e sua família (CARVALHO; MOREIRA; RÉZIO E TEIXEIRA, 2012).

O Projeto Terapêutico Singular contempla a visão de clínica ampliada e de equipe de referência. Este instrumento deve ser construído considerando os aspectos sociais, culturais,

históricos econômicos, familiares e do território do indivíduo. A elaboração desse tipo de projeto não pode ser realizada por um único profissional, de forma autoritária e impositiva, ao contrário, ele acontece por meio da parceria e diálogo entre os profissionais de referência e o paciente e sua família. O PTS demanda da equipe uma atuação com abertura para a escuta, o diálogo e a negociação e com menor possibilidade de certezas e imposições (OLIVEIRA, 2007).

Nesse cenário, se coloca como central a discussão sobre a formulação e o desenvolvimento de projetos terapêuticos, pois através deles que se pode materializar e concretizar o conjunto de diretrizes propostas pela nova política e assegurar aos sujeitos um contexto assistencial (...) capaz de promover a qualidade de vida (MÂNGIA; BARROS, 2009, p. 86).

O diálogo diminui as possibilidades das práticas prescritivas, o que ocorre na medida direta em que os sujeitos envolvidos se fortalecem e aumentam sua autonomia. Assim, cada projeto deve contar com alto grau de participação e identificação dos sujeitos envolvidos, assim como devem ser, de algum modo, providenciados os meios mínimos de sua viabilização.

Quando esse projeto é realizado de forma externa, sem o real envolvimento dos sujeitos e quando não existe operacionalização e suporte necessário para que sejam implementados, os resultados serão a desresponsabilização ou o adoecimento dos sujeitos envolvidos. Portanto, para funcionar o projeto terapêutico singular, deve envolver também o território.

O Ministério da Saúde (2008), afirma que o PTS contém quatro momentos distintos: diagnóstico orgânico, psicológico e social; definição de metas de curto, médio e longo prazo; divisão de responsabilidades e reavaliação e que o vínculo entre equipe de referência, usuário e família é um dos aspectos mais importantes no desenvolvimento do PTS.

Em relação ao tempo de duração do PTS e sua reavaliação o Ministério da Saúde deixa claro que o mais importante é se desfazer da visão imediatista do modelo hospitalocêntrico. Uma abordagem integral não se faz em um encontro único, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações vão depender do vínculo com usuário (BRASIL, 2008b).

Existem diversos obstáculos políticos, estruturais e culturais para a realização dessas reformas que estimulem e possibilitem a realização de uma clínica singular e compartilhada, entretanto é preciso persistir (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Documento orientador veiculado pelo Ministério da Saúde oferece uma definição mais ampla sobre projeto terapêutico singular, visto como um conjunto de ações terapêuticas, resultantes de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar. É um instrumento que ultrapassa o paradigma médico, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico (BRASIL, 2007a).

A construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social. Além disso, esse processo, visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde por meio da ativação de recursos exteriores a eles (MANGIA, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007).

Barros (2009), propõe que os projetos terapêuticos devem superar o paradigma biomédico por meio de ações conjuntas e coletivas para responder as necessidades das pessoas, geradora de mudança de vida e dá atenção especial e recomenda a utilização da terminologia Projeto Terapêutico Singular (PTS). Proposto por diversos autores, este conceito apreende com maior precisão, as intenções gerais e específicas assumidas na construção de projetos terapêuticos, especialmente a diretriz de estar centrado nos sujeitos, em suas necessidades e contexto de vida, o que define seu caráter singular.

Na mesma direção, PTS é definido como um arranjo operador e gestor de cuidado, cooperação e compartilhamento de saberes centrados no usuário, “é encontro de desejos, projetos, ideologias, interesse, visão de mundo e subjetividade” (OLIVEIRA, 2007).

Em posição complementar, Mororó (2010), define projeto terapêutico como o conjunto de condutas terapêuticas articuladas, resultantes de discussão coletiva de equipe interdisciplinar, que objetiva, além da melhoria de sintomas, a ampliação da rede social e o aumento de espaços de contratualidade para modificar o curso do adoecimento.

Para Merhy (1998), o projeto terapêutico deve ser um instrumento que responda as demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado.

Dentro das diretrizes em saúde mental, o projeto terapêutico é referido como uma estratégia de trabalho fundamental que deve adotar como princípios norteadores as principais referências teóricas e técnicas da reforma psiquiátrica. Ele é citado nas portarias, diretrizes e textos oficiais, incluídas as que regulamentam os CAPS (BRASIL, 2004).

A proposta do projeto terapêutico é de ser um instrumento de trabalho articulado ao cuidado a saúde, associado a uma rede social e singular do usuário, com implicações clínicas da equipe e a participação ativa do usuário e dos familiares na reabilitação de cada caso. É uma proposta flexível, algo em constante transformação de acordo com a necessidade do usuário em saúde mental, portanto, passível à revisões e possibilidades.

O desafio está na elaboração da construção dos projetos terapêuticos associados a uma visão que ultrapasse a socialização, mas mantenha acompanhamento clínico constante de cada usuário.

Prata in Costa e Figueiredo (2008), contribui dizendo que cuidar representa conviver com a explosão desorganizadora das pulsões, lidar com situações dramáticas, conflitos intermináveis, sujeitos obstinados em seus delírios cheios de certezas e de verdades particulares. Cuidar pode significar também procurar exaustivamente encontrar pequenos gestos delicados de contato com pessoas solitárias para quem a vida não faz nenhum sentido há muito tempo. Enfim, são intermináveis as negociações no dia-a-dia feitas para possibilitar pequenos acordos que adiem a violência e a ruptura, ou que façam aparecer algum interesse pela vida. Por isso cuidar é, sobretudo, conviver e dialogar.

Nos centros de atendimento psicossocial(CAPS), temos os técnicos de referência que têm sob sua responsabilidade monitorar junto aos usuários e seus familiares o planejamento do projeto terapêutico singular, (re)definindo as atividades e frequência de participação nos serviços e orientando o usuário a como explorar novas possibilidades e recursos disponíveis em sua rede de vivência, que possa promover a reinserção social.

Para a construção do projeto terapêutico singular, se faz necessário conhecer a história de vida do usuário, sua condição clínica e social, suas relações interpessoais, ou seja, é preciso permitir-se, aproximar-se, inclinar-se, estar junto, através de uma escuta aprimorada criar vínculos terapêuticos, uma relação de confiança quedá ênfase ao dialogo.

(...) o cuidado deve ser entendido como uma forma de estar e de se relacionar com o mundo e com o outro; nesse processo aquele que cuida e aquele que é cuidado vivenciam experiências que proporcionam o crescimento e o fortalecimento individual dando significados às suas existências. (CONEJO, COLVERO, 2005, p.208)

Para que um PTS alcance os objetivos propostos há aspectos práticos que devem ser incorporados em seu desenvolvimento. De modo geral, observou-se que estes aspectos estão relacionados aos campos do habitar, do trabalho e das trocas sociais e requerem articulações

práticas das redes de suporte social que possam dar suporte e/ou potencializar as ações voltadas para o sujeito (BARROS, 2009).

Nesse sentido, a Política de Saúde Mental recomenda que os PTS devam ter como meta principal a inserção social por meio de ações que envolvam educação, esporte, cultura, lazer e também serem desenvolvidos de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário. De forma que suas ações ultrapassem a própria estrutura física dos CAPS e busquem articular redes de suporte social voltadas para os sujeitos que contribuam para o restabelecimento de vínculos fragilizados e/ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (BRASIL, 2004).

Em síntese, o PTS deve ser centrado no usuário, em todas as suas necessidades e contexto, flexível às mudanças de cada momento de vida e ser reavaliado periodicamente (OMS, 2001; MÂNGIA, 2002).

Mângia et al. (2006), a fim de garantir a elaboração e operacionalização de um PTS propõe a adoção de alguns eixos norteadores: a centralidade na pessoa, a parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a ênfase no contexto da pessoa, a construção compartilhada e a definição de metas com duração previamente acordada.

Para a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, o PTS deve compreender: a elaboração do diagnóstico, a definição de metas e a responsabilização de todos os sujeitos envolvidos na sua execução e na constante reavaliação (BRASIL, 2007a).

O projeto terapêutico deve ser elaborado e executado com a participação de toda a equipe e dos próprios usuários, ser flexível e ter metas claras estabelecidas, conforme a avaliação dos resultados alcançados (...) ter como objetivos, o aumento do conhecimento do paciente sobre os seus problemas, a sua autonomia afetiva, material e social (BRASIL, 2007a, p.89).

Oliveira (2007), crítica a construção e utilização de protocolos rígidos na operacionalização dos PTS, afirma que isto pode gerar normatizações que se distanciam da singularidade proposta para seu desenvolvimento. Porém, acredita que a utilização de um roteiro pode direcionar a equipe e evitar que esta se perca no processo. Sugere que, primeiramente, se faça um diagnóstico situacional, que vá além das condições de saúde e levante as necessidades ocultas pela demanda. Depois recomenda o desenvolvimento de negociação, com usuário e família, das metas a serem alcançadas em um determinado período de tempo. Posteriormente, se procede a divisão das responsabilidades das ações de cuidado pela equipe e finalmente, se propõe a realização de avaliações periódicas.

Observou-se que a maioria dos autores sugere a utilização de algum roteiro ou guia para nortear o desenvolvimento do PTS, esses instrumentos podem direcionar as ações, da equipe e do usuário, necessárias para que sejam atingidos os objetivos. Os autores são unânimes em considerarem que o foco da construção e desenvolvimento do PTS deva ser o usuário em sua singularidade, e que esse processo deve contemplar ainda a participação da família e da rede social desses sujeitos.

Convém lembrar que o conceito e a prática do ‘trabalho em equipe’ tiveram sua origem na racionalização da assistência médica e na necessidade de integração de diferentes práticas no desenvolvimento da assistência a saúde, a partir da nova concepção do processo saúde doença definida pela Organização Mundial da Saúde, que passou a incorporar as dimensões sócio culturais e coletivas envolvidas no processo saúde-doença não mais apenas a dimensão biológica e individual. Nesse contexto o trabalho em equipe deve promover a integração das diversas disciplinas envolvidas por meio da comunicação e do compartilhamento de ações e saberes (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em equipe deve ser baseado nas necessidades dos usuários, na integralidade das ações e na interdisciplinaridade e, para tanto são propostas mudanças na forma de organização e relações de poder entre os membros da equipe e desta com os usuários (PEDUZZI, 2007).

O desenvolvimento do princípio da integralidade nas práticas cotidianas dos serviços de saúde se traduz na implicação da equipe em compreender e formular estratégias de modo a atender as necessidades de saúde das pessoas e da comunidade (BARROS, 2009, p.25).

Os autores estudados constroem suas formulações, sobre a organização do trabalho em equipe, necessária ao desenvolvimento e gerenciamento de PTS, partir de um modelo organizacional baseado nos conceitos de equipe de referência.

O ponto central é o fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e território onde deve ser baseado o atendimento (Barros, 2008).

Campos (1999), define equipe de referência como meio de valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico, que constitui um novo arranjo no processo de trabalho e possibilita a divisão de responsabilidades e novos padrões de relação entre equipe e usuários, horizontalizando as práticas e saberes, rompendo com a hegemonia biomédica e tendo como função a condução dos projetos terapêuticos singulares e a vinculação entre o usuário e o serviço.

Nessa direção, procura-se definir o(s) técnico(s) de referência para o usuário e familiares, respeitando-se as singulares e possíveis relações vinculares estabelecidas no processo terapêutico. O dispositivo “técnico de referência (TR)” foi instituído a partir do idealde que um ou mais profissionais do serviço devem se aproximar de maneira diferenciada dos usuários para acompanhá-los em seus projetos terapêuticos singulares. A “referência”, geralmente, é composta por um profissional de nível superior em parceria com um profissional de nível médio que se responsabilizam pelo acompanhamento do PTS, com mais proximidade e diálogo com o usuário. Isso envolve, também, os contatos com familiares, a comunicação com de equipe da atenção básica e a reavaliação periódica do PTS (MÂNGIA et al., 2009).

Para Barros (2009),a adoção do conceito e da prática do profissional/equipe de “referência”, implica, além de mudanças na organização da equipe, o desenvolvimento de um novo olhar sobre o processo de cuidado, que deve envolver todos os recursos disponíveis e ampliar a disponibilidade para estar e fazer junto.

O processo de reorganização do trabalho em equipe e a construção de uma nova cultura assistencial deve também enfrentar o desafio de superar as normas e estruturas organizacionais tradicionais e introduzir uma nova forma divisão das responsabilidades, pautada na continuidade das ações e não mais na produção de respostas isoladas, imediatistas e descontextualizadas (MORORÓ, 2007; BARROS, 2009).

Para tanto, é importante que as equipes adquiram clareza sobre seus novos papéis e propiciem aos usuários a ampliação dos espaços de participação. Tal arranjo deve buscar construir redes de comunicação que ancorem e contribuam para o sucesso dos projetos terapêuticos (BARROS, 2009).

Para que a equipe possa responder as demandas dos usuários é necessário que os profissionais sejam capazes de superar a fragmentação do conhecimento e das especificidades profissionais a fim de construir novas prática de cuidado articulada e integrada. A organização da equipe a partir do conceito de “referência”, possibilita o atendimento diferenciado e singularizado das demandas dos usuários, a melhoria da acessibilidade aos serviços, recursos e profissionais e a responsabilização de todos no processo do cuidado, na medida em que compartilha e descentraliza o atendimento clínico.

Dessa forma, é fundamental que os profissionais da saúde,considerem que a atitude em relação ao paciente fundamenta o projeto terapêutico, não importando a técnica que instrumentaliza uma intervenção. É necessário ter: a) atitude solidária afetiva que se traduz

em respeito para com a experiência diferente do paciente; devolução da dignidade ao paciente; consciência da falta de poder do paciente; ruptura da hierarquização entre o poder da organização institucional e as necessidades do paciente. b) atitude psicoterapêutica, que compreenda o paciente; aceitar o que o paciente diz e vive; envolvimento emocional com limites e escutar o paciente. c) atitude reabilitatória para que o paciente possa restabelecer suas relações afetivas e sociais; reconquistar seus direitos na comunidade e reconquistar seu poder social (SARACENO; ROTELLI, 2004).

Afirma Mororó (2007, p. 80), o vínculo, compreendido como: relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa se coloca como o elemento do processo de cuidado que, a partir do acolhimento reorganiza o processo de trabalho e o funcionamento do serviço.

O acolhimento consiste na oferta de escuta humanizada direcionada para além da demanda apresentada pelo usuário e na disponibilidade para aumentar a proximidade ao longo do processo de acompanhamento. Os serviços devem desenvolver estratégias de acolhimento em todas as fases do processo de cuidado e não apenas nos momentos de crise ou de ingresso dos usuários nos serviços, pois o acolhimento proporciona espaços de trocas, escuta, manifestação de desejos e necessidades. Sem acolhimento há dificuldade de estabelecer vínculo e sem a criação de vínculo o processo de cuidado do usuário é prejudicado (FRANCO, 1999).

O desenvolvimento de vínculos fortes e duradouros se coloca como objetivo para toda a equipe que acolhe, escuta e oferece respostas, garantindo a acessibilidade e um atendimento baseado nos princípios da humanização e da cidadania (FRANCO et al., 1999).

Nunes et al. (2008) identificaram a coexistência de três concepções de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial: o modelo biomédico humanizado centrado na psicopatologia caracterizado pelo cuidado assistencialista e por vezes tutelar, que objetiva a reinserção social da pessoa com transtorno mental por meio da adequação de comportamento; o modelo psicossocial com ênfase no território, onde se valoriza os aspectos sociais no processo de adoecimento, de forma que as estratégias de cuidado são vinculadas aos aspectos do trabalho, da família, e da comunidade e, finalmente o modelo psicossocial com ênfase na instituição, cuja concepção de cuidado que visa a integralidade e contempla os aspectos psicossociais, embora com ações restritas ao contexto institucional.

Esta contribuição revela que, embora as intervenções utilizem de estratégias comuns: escuta, diálogo, troca, produção de subjetividade, acolhimento, dentre outras, o mesmo sujeito pode ser compreendido e abordado de formas diversas, no contexto de um mesmo serviço. Tal

constatação demonstra a necessidade de diálogo e de compartilhamento de saberes entre os membros da equipe, buscando a construção de um padrão homogêneo e coerente do cuidado, pois quando profissionais, de uma mesma equipe, apresentam concepções distintas, pode ocorrer conflito entre orientações e impedimentos para a prática interdisciplinar, com prejuízo para as ações terapêuticas e para os usuários (FILIZOLA, 2008).

Destaca-se que o trabalho em equipe deve proporcionar a organização do serviço favorecendo estratégias para o desenvolvimento das práticas de acolhimento, responsabilização e fortalecimento de vínculos, desta forma favorecendo a construção do projeto terapêutico singular, sendo norteado pelas diretrizes do sistema único de saúde.

Barros(2009), sugere que as reuniões de equipe sejam a base de organização dos serviços e que devam contemplar espaços para discussões de casos e decisões conjuntas. Os profissionais envolvidos devem desenvolver maior clareza sobre os papéis que desempenham na equipe e junto aos usuários sob seus cuidados. Os prontuários compartilhados e com registros atualizados e compreensíveis a todos são também destacados como facilitadores do desenvolvimento de um PTS. Da mesma forma, os espaços de discussão entre usuários, família, equipe e a interlocução da equipe com outros serviços envolvidos no cuidado e as reavaliações sistemáticas são fundamentais no desenvolvimento de cada projeto terapêutico singular.

O trabalho em equipe propicia a integração das ações dos profissionais e é essencial para o novo modelo de atenção proposto, porém os autores evidenciam a dificuldade deste tipo de organização, uma vez que algumas equipes ainda estão centradas no modelo biomédico e apresentam dificuldade de comunicar-se e compartilhar os saberes (ADUHAB et al.; BRASIL, 2007).

Barros (2009), identifica como obstáculos para o desenvolvimento de PTS: a dificuldade da equipe em identificar a base teórica de sua prática; sobrecarga de responsabilidade assistencial ocasionada pela alta demanda; falta de qualificação da equipe e a dinâmica proposta para as reuniões. A forma de organização das equipes de referência, pode também dificultar a troca de informações e a coordenação necessária para a organização do trabalho e definição de metas e prioridades das ações em um projeto terapêutico singular.

Soma-se a esses aspectos: a falta ou insuficiência de comunicação da equipe; o uso de modelos fechados e a compreensão do PTS como um mero dispositivo administrativo (MORORÓ, 2010; NUNES et al., 2008).

As reuniões de equipe devem ser organizadas como espaços de reflexão, discussão, compartilhamento e divisão de tarefas e responsabilidades, promovendo horizontalização do conhecimento, para que todos na equipe sintam-se membros e responsáveis (LEÃO; BARROS, 2008; FILIZOLA et al., 2008; NUNES et al., 2008).

A busca pelo protagonismo dos usuários é condição essencial para o sucesso do processo de reabilitação psicossocial e exige dos profissionais disponibilidades de acolhimento, de escuta, de diálogo e possibilita ao usuário a construção de saber sobre si, sua condição, seus direitos, o mundo que o cerca, a assistência e as instituições de cuidado.

Todos os recursos terapêuticos ofertados dentro do centro de atendimento psicossocial, devem estar de acordo com a realidade daqueles que pertencem a este serviço, com foco em sua ressocialização.

O projeto terapêutico singular refere-se às ações e estratégias utilizadas para o usuário em sua singularidade, respeitando sua subjetividade, sua história, sua cultura e vida cotidiana, permitindo-o a repensar as relações que o cerca.

A participação do usuário no planejamento do projeto terapêutico singular é de fundamental importância pois proporciona a ele uma visão de principal interessado em sua reabilitação, promovendo o comprometimento como co-autor em seu tratamento. Torna-se às vezes um processo lento, porém gratificante pois permite ao usuário ser incentivado em sua autonomia e cidadania é uma forma de reconhecer a capacidade que cada usuário possui em interferir em sua própria vida, na relação com seu sofrimento e na reflexão de seus desejos e escolhas.

Cabe ressaltar que para se obter bons resultados na construção do projeto terapêutico singular devem estar envolvidos todos que fazem parte deste cuidado, trabalhadores, família, comunidade, serviços de saúde e outros setores, todos entrelaçados em uma rede de cuidados.

Sanduvette(2007), colabora apontando que não basta, portanto, estar dentro do CAPS, por algumas horas diárias, repetindo tarefas, às vezes até bem eficientes, mas ineficazes se não implicam em evolução psicossocial dos pacientes; é necessário elaborar projetos, definir e publicar planos de ação, com e para a equipe, com e para as pessoas que são o alvo da assistência.

Quando se planeja os projetos terapêuticos singulares estamos interferindo diretamente na rotina de vida da pessoa assistida, desta forma o comprometimento do profissional de referência implica em escolher entre as ações possíveis, na atenção de cada usuário, em cada momento de sua história e sua situação ou condição atual.

Os autores apresentam idéias complementares quando afirmam o projeto terapêutico singular como estratégia de cuidado em saúde mental que pode proporcionar o resgate da cidadania.

Enfatizam a necessidade de se trabalhar em equipe de uma forma organizada que favoreça as reuniões de equipe como espaço central de reflexão das práticas e de produção de conhecimento, no contexto da adoção de princípios da integralidade , interdisciplinaridade e horizontalidades do saber.

3.4-A FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

É importante destacar que a família busca formas de resolver as questões que emergem no seio familiar e, que procura um serviço de saúde quando não obtém êxito em suas tentativas, o que, por vezes, desencadeia sentimentos como medo, impotência, culpa,exaustão e até desespero (ROSA, 2010).

É essencial que os profissionais da saúde mental estejam atentos aos desafios e dificuldades vivenciados pela família e que a equipe possa oferecer acolhimento e suporte, buscando fortalecer relações que promovam saúde.

É importante também que a equipe trabalhe o empoderamento da família para seu papel social e sua importância nos processos de atenção psicossocial.

As equipes dos Caps, devem desenvolver estratégias de inserção da família no cuidado, utilizando de grupos terapêuticos de familiares, atendimento individual, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e busca ativa de familiares pouco presentes no serviço. Esses são espaços de escuta, acolhimento, construção e manutenção do vínculo entre equipe e família, demonstrando que esses profissionais valorizam a participação da família e entendem a importância dessa ser assistida em suas necessidades, para que o processo de reabilitação psicossocial seja exitoso.

No momento em que as famílias recebem apoio e orientação adequada, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, elas demonstram seu comprometimento com o cuidado ao seu familiar adoecido. É importante, então, promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora.

Importante considerara sobrecarga que afetam o cotidiano da família que convive com individuo em sofrimento psíquico ,tais como: os gastos financeiros; a desestruturação social,

profissional e familiar e sua conseqüente reorganização; as tarefas extras que a família assume em alguns casos como higiene, transporte, controle das medicações, alimentação, lazer, acompanhamento do tratamento e os comportamentos de seu familiar doente. Essas questões causam desgaste físico, mental e emocional, com os quais a família convive e se reorganiza constantemente (BANDEIRA, 2005).

Geralmente o que a família busca é apoio e orientação para maneiras de cuidar e conviver com seu familiar, desta forma, o serviços nos Caps deve proporcionar um ambiente de compreensão com a família em suas dificuldades para lidar com esse fato, a partir de espaços de participação, criando estratégias que efetivem a inclusão dos familiares no cuidado. Nesse sentido, o que se espera é uma corresponsabilização, uma aliança entre todos envolvidos no atendimento: usuário, familiar, equipe e comunidade, para transpor os momentos aflitivos.

Particularmente na atenção psicossocial, o acolhimento e a escuta são ferramentas essenciais de trabalho, possibilitando dar voz ao sofrimento do outro, e por isso uma escuta qualificada faz a diferença na decisão da conduta adequada.

A escuta minimiza o problema, pois ao falar para outro promove o alívio e ao mesmo tempo faz com que a pessoa possa refletir melhor sobre sua situação e estar em condições para optar pelo que decidir ser o melhor (MIELKE, KOHLRAUSCH, OLSCHOWSKY E SCHNEIDER, 2010).

O vínculo entre familiares e equipe é um recurso que promove troca de informações e conhecimento sobre a complexidade da situação vivenciada pela família, e desta forma pode-se estruturar diferentes modos de fazer cuidado em saúde mental, que envolva uma proposta de atenção, de agir, de considerar, de aceitar a individualidade dos usuários e das famílias.

Neste sentido, trabalhar em saúde mental, requer motivação e habilidade para aprender e reaprender junto à equipe, formas de compreensão e de acolhimento a situação dos familiares.

4- CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou que os autores apresentam pontos de vista similares e complementares sobre a definição de projeto terapêutico. De um modo geral, projeto terapêutico é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido.

De maneira geral, o funcionamento dos centros de atendimento psicossocial(CAPS), são influenciados por diversos fatores, desde as características de território onde está inserido, característica da comunidade, passando pela característica da equipe de profissionais responsáveis e comprometidos com este CAPS, além dos recursos disponíveis .

É imprescindível que o usuário e seus familiares sejam empoderados a condição ativa, de comprometimento, responsabilidades e autonomia sob a condição vivida em saúde mental.

O que se observa em diferentes CAPS é uma padronização dos projetos terapêuticos singulares(PTS), que ao invés de promoverem ações direcionadas a responder às problemáticas vivenciadas pelos usuários, seus familiares e comunidades, os coloca dependentes de intervenções grupais e o projeto terapêutico singular fica restrito ao oferecimento de atividades previamente estabelecidas pelo CAPS.

Para que um projeto terapêutico singular tenha bons resultados é necessário que a proposta de atendimento seja efetivada de maneira aceitável, ou seja, ocorra de maneira satisfatória ao usuários, permitindo ações de acolhimento, atendimento individual e coletivo, atendimento a família, atividades comunitárias, assembleias, as reuniões de equipe , entre outras. Todas as atividades devem ter como objetivo maior estimular as pessoas com transtorno mental integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecendo-lhes assistência terapêutica, médica e psicológica.

O projeto terapêutico singular possibilita uma aproximação dos diversos saberes envolvidos no processo, buscando soluções com e não para o outro.

É fundamental que o sujeito seja avaliado em sua situação biopsicossocial com o objetivo de avaliar e aproximar da real situação vivida, além de refletir sobre suas potencialidades e limitações e desta forma a equipe pode propor intervenções e conduzir o processo terapêutico.

Identificou-se que a prática em saúde mental e a construção do projeto terapêutico singular é vista como processo complexo que enfrenta obstáculos diversos para a

concretização de seus objetivos, e que exige do profissional disponibilidade e flexibilidade para desenvolver novas práticas de cuidados em saúde mental.

A equipe deve estar preparada para trocar conhecimento e construir novas formas de cuidado em saúde mental. A harmonia e coesão são características essenciais para que a equipe supere dificuldades e possam não ter prejuízos nas ações terapêuticas.

Percebe-se também que a articulação dos CAPS, com uma rede de assistência no território ainda é um ponto fragilizado.

Assim, se faz necessário qualificação profissional dos envolvidos, para possibilitar a construção de novos processos de trabalho e envolvimento em práticas sociais.

É preciso executar ações institucionais, como as supervisões institucionais para propiciar no cotidiano uma reflexão crítica sobre a prática das equipes dos CAPS.

O caminho da superação das contradições está na possibilidade de reconstruir saberes.

Por fim, se conclui que o projeto terapêutico singular é um dispositivo de trabalho que está em processo de construção e que gera conflitos, ambiguidades e dúvidas, desta forma se faz necessário o empenho de todos os envolvidos para o enfrentamento das dificuldades, para o compartilhamento do conhecimento e disponibilidade para se construir novas formas no cuidado em saúde mental.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA, M.; BARROSO, SM. **Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos**. J. bras. psiquiatr. 2005;54(1):34-46.

BARROS, S.; SILVA, A.L.A.; OLIVEIRA, M.A.F. **Inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes**. Cad IPUB.2000;(15):215-22

BARROS, J.O. **A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde Mental**: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. 2010. 111p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação)—Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. [Orientadora: Profª Dra. Elisabete Ferreira Mângia].

BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A.F.; ARANHA E SILVA, A.L. **Práticas inovadoras para o cuidado em saúde**. Ver. Esc. Enferm. USP, v. 41, n.spe, p.815-819, dez 2007.

BEZERRA, Junior B. **O cuidado nos CAPS**: os novos desafios [texto na Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2004. [citado 2004 out. 12]. Disponível em: http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/cuidado_nos_caps.pdf

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BOFF L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes;1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2º ed. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília,DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990 - 2004 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde - 5. ed.ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CADORE, C. et al. **Sobre o projetoterapêutico singular**: um dispositivo clínico ou um procedimento burocrático? Promovendo Saúde na Contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão. Santa Maria:[S.n.], 2010.

CARVALHO, L.G.P.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXEIRA, N.Z.F. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações**. O mundo da Saúde, São Paulo, 2012.

CAVALHERI, S.C. **Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família**. Rev. bras. enferm. 2010;63(1):51-7.

COIMBRA, V.C.C.; GUIMARÃES, J.; SILVA, M.C.F.; KANTORSKI, L.P.; SCATENA, M.C.M. **Reabilitação psicossocial e família**: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005 [cited 2010 dez 30];7(1):99-104..

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública 1999;2(15):345-53.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciência e Saúde Coletiva 2009;14(1):297-305.

KANTORSKI, L.P.; BIELEMANN, V.L.M.; CLASEN, B.N.; PADILHA, M.A.S.; BUENO, M.E.N.; HECK, R.M. **A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial-CAPS.** CogitareEnferm. 2010;15(4):659-66.

KINOSHITA, R.T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial.**In: Pitta A.M, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1996

LINASSI, J.; STRASSBURGER, D.; SARTORI, M.; ZARDIN, M.V.; RIGHI, L.B. **Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação.** Rev Contexto e Saúde. 2011; 10(20): 425-434

MÂNGIA, E. F.; BOCCARDO, A.C.S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 22, p. 85-92, 2011.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. **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, maio/ago. 2009.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec;1997.

MERHY, E.E. **Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde:** um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: Carvalho SR, Barros ME, Ferigato S. (orgs.). Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009. p.276-300.

MIELKE, F.B.; KOHLRAUSCH, E.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J.F. **A inclusão da família na atenção psicossocial:** uma reflexão. Rev. Eletrônica Enf.[Internet]. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>.

MORENO, V. **Familiares de portadores de transtorno mental:** vivenciando o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial. Rev. Esc. Enferm USP 2009;43(3):566-72.

MORORÓ, M.E.M. **Cartografia, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III.** 2010. 130p. Dissertação(Mestrado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. [Orientadora: Profª Dra. Luciana de Almeida Colvero].

OLSCHOWSKY, A.; SCHRANK, G., MIELKE, F.B. **A participação da família em um Centro de Atenção Psicossocial.** Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Enfermagem 2009;1(1):176-93.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. **Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.** Psicol. em Estudo 2006;11(3):569-77.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B., KANTORSKI, L.P. **Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família:** o discurso do distanciamento. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2010;14(32):103-13.

PINTO, D.M; JORGE, M.S.B; PINTO, A.G.A.; VASCONCELOS, M.G.F.; CAVALCANTE. M.G.F.; CAVALVANTE, C.M.; FLORES, A.Z.T.; ANDRADE, A.S. **Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral:** uma construção coletiva. Rev Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3): 493-502.

ROSA, L.C.S. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental.** Psicol em Revista 2005;11(18):205-18.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

YASUI, S., COSTA-ROSA, A.A **Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos em saúde mental.**Saúde em Debate 2008;32(78/79/80):27-37.