

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

LEYSIANNE PEREIRA MARTINS

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: IMPLANTAÇÃO EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

CAMPO GRANDE (MS)

2022

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

LEYSIANNE PEREIRA MARTINS

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: IMPLANTAÇÃO EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

CAMPO GRANDE (MS)

2022

LEYSIANNE PEREIRA MARTINS

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: IMPLANTAÇÃO EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, sob orientação do Dr. Fernando Pierette Ferrari.

CAMPO GRANDE (MS)

2022

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Carlos e Márcia, pelo amor, carinho e constante incentivo aos estudos.

Ao meu marido, Geraldo Garbelini, por todo seu amor, paciência, companheirismo e apoio em todos os momentos que precisei ausentar, cuidando tão bem do nosso filho, Gabriel, pelo incentivo constante aos estudos, pela disponibilidade e vontade em ajudar sempre que necessário.

As minhas amigas, Marci pelo incentivo, apoio e motivação para realizar o curso, além do acolhimento as minhas angustias, Adriane pela parceria desde a etapa de seleção do curso, companheira de trabalho, de choro e riso, de estrada e de estudo, e Liliane sempre muito acolhedora, recebeu-me em sua residência, juntamente com seu marido, Marcelo e o filho, Léo, de forma tão especial com quem dividi momentos de muita alegria e carinho.

Ao meu tutor, Fernando Ferrari, por compreender e acolher minhas limitações, incentivar a permanecer no curso e contribuir com a realização deste trabalho com suas orientações que me proporcionaram um crescimento pessoal e profissional. Minha admiração a sua defesa e luta pelo SUS.

Aos colegas de curso, por fazer parte desta trajetória de aprendizado, compartilhar conhecimentos e experiências, motivar o processo de transformação da realidade de trabalho, fortalecer o SUS, além de proporcionar momentos acolhedores e de descontração.

Aos profissionais da Unidade em que trabalho, que acolheram minha proposta de intervenção e contribuíram para sua execução.

A todos, gratidão.

RESUMO

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: IMPLANTAÇÃO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

MARTINS, L. P. **Projeto Terapêutico Singular: implantação em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.** Orientador: Dr. Fernando Pierette Ferrari. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Secretaria de Estado de Saúde, Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022.

leysi_pereira@hotmail.com

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se configuram como principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica, se caracterizam como um serviço comunitário e aberto do Sistema Único de Saúde e podem utilizar como ferramenta de trabalho em equipe, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um instrumento de cuidado em Saúde Mental que favorece a participação, autonomia e reinserção social do usuário. **Objetivo:** Implantar o PTS como dispositivo de atenção à saúde no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Corumbá/Mato Grosso do Sul de forma a contribuir para produção do cuidado integral e compartilhado dos usuários, bem como, atuação integrada da equipe e o trabalho em rede. **Materiais e Método:** Foi construído junto a equipe técnica um modelo de PTS a ser utilizado em casos complexos de usuários que se encontram em tratamento. Sua elaboração envolveu profissionais de diferentes áreas, instituições que se fizeram necessárias, familiares e o próprio usuário. A pertinência do projeto e do PTS também foram avaliados pela equipe a partir de formulários. **Resultados:** Foram elaborados quatro PTS que permitiram construir um plano de cuidado individualizado, a partir dos interesses e necessidades de cada usuário. Algumas dificuldades se fizeram presentes, mas não impediram a execução do projeto, que foi avaliado positivamente pela equipe. **Considerações finais:** O projeto possibilitou que o PTS incorporasse na organização do trabalho oferecido pelos profissionais do CAPS ad como ferramenta de cuidado, transformando a prática profissional da equipe e melhorando a qualidade do atendimento, contudo, este ainda precisa ser aperfeiçoado.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Saúde Mental. Prática Interdisciplinar. Intersetorialidade.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	11
2.1. Objetivo Geral	11
2.2. Objetivos Específicos.....	11
3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO	12
3.1. Público Alvo	12
3.2. Local da Intervenção	12
3.3. Etapas da Intervenção.....	12
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
APÊNDICE A – Projeto Terapêutico Singular (PTS)	30
APÊNDICE B – Formulário: Avaliação do Projeto de Intervenção	33
APÊNDICE C – Formulário: Avaliação do Projeto Terapêutico Singular (PTS).	34

1. INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Intervenção – intitulado “Projeto Terapêutico Singular: implantação em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas” – propõe a transformação e qualificação da prática profissional de uma equipe multiprofissional que atua no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Corumbá/MS a partir da implantação e incorporação de um importante dispositivo de atenção à saúde mental: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), como ferramenta de organização do trabalho e de cuidado cuja aplicabilidade envolverá a interprofissionalidade, a prática colaborativa e a intersetorialidade.

É sabido que o modelo de atenção à saúde mental sofreu algumas mudanças ao longo do tempo e alguns instrumentos/recursos são necessários para sua efetivação, de modo que a construção e o processo da saída dos manicômios não seja apenas um deslocar de espaço, mas uma atuação prática dos profissionais.

Historicamente, o modelo de atenção destinado ao atendimento da saúde mental foi marcado pela institucionalização do sujeito com sofrimento psíquico em um modelo de atenção médico-psiquiátrico, com o foco na doença e voltado à internação. Os hospitais psiquiátricos, baseados numa lógica manicomial, eram marcados pela exclusão, negligências e maus-tratos. Dessa forma, o contexto histórico, social, familiar, cultural, bem como os processos de subjetivação e desejos do sujeito eram negligenciados no campo da saúde mental (SILVA et al., 2019a).

Assim, surgiu na década de 1970 a Reforma Psiquiátrica Brasileira para denunciar e questionar esse modelo de atenção à saúde mental vigente e para propor um novo modelo de atenção e cuidado descentralizado e territorial, deslocando a doença como lugar central da atenção para considerar as singularidades e as potencialidades dos sujeitos, levando em conta aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Com isso, a Reforma Psiquiátrica propõe colocar a doença entre parênteses, passando a ocupar-se do sujeito em questão a ser cuidado (MATOS et al., 2017; SILVA et al., 2019a).

Esse movimento foi fortemente influenciado pelo Movimento de Reforma Sanitária que ocorria naquele momento, pois o esgotamento do modelo econômico e as mobilizações por melhores condições de vida e saúde estavam presentes nas diferentes esferas, impulsionando uma luta pela redemocratização, transformação e reestruturação da realidade sanitária do país, envolvendo o debate da inter-relação entre política, economia e condições de

saúde e culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi e ainda é um processo ético, político e social complexo, que busca pautar uma série de ressignificações no modelo de cuidado em saúde mental, envolvendo estratégias de desinstitucionalização, não somente direcionadas à reforma de serviços e tecnologias de cuidado, mas, também na maneira decisiva de delinear um outro lugar social para a loucura em nossa cultura, território e no imaginário das pessoas, afetando trabalhadores, usuários, familiares e gestores (FERREIRA et al., 2017; AMARANTE; NUNES, 2018).

Para Amarante (2013) apud Sampaio e Bispo Júnior (2021), a Reforma Psiquiátrica Brasileira pressupõe o estabelecimento de uma nova relação entre sociedade, sofrimento mental e instituições com o intuito de promover o aumento das potências de vida das pessoas em sofrimento mental, transformando as relações de poder para que os pacientes se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção.

Nessa perspectiva, houve a necessidade do SUS redimensionar o conjunto das ações em saúde mental oferecendo uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, em consonância com a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Assim, foi instituída pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a finalidade de criar, ampliar, articular e integrar os pontos de atenção à saúde em seus diferentes níveis de complexidade para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (AMARANTE; NUNES, 2018; PEREIRA; GUIMARÃES, 2019; LIMA; GUIMARÃES, 2019).

A RAPS se configura como um novo arranjo organizativo que propõe a integralidade e continuidade do cuidado, envolvendo tanto os equipamentos de saúde quanto a sociedade, de forma a fortalecer as ações intersetoriais, ampliar e qualificar o cuidado por meio do acolhimento e do acompanhamento contínuo àqueles que sofrem com transtornos mentais, sem deixar de lado a construção de vínculos horizontais entre atores e setores, em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019; LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Tal Portaria compreende os seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde (APS); Atenção Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

A RAPS tem como desafio potencializar não só a articulação intrasetorial – via dispositivos no âmbito do SUS – mas, também a intersetorial – dialogando com outras políticas e redes de apoio social e territorial, de forma a ampliar a oferta de cuidado em torno desses sujeitos (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019).

Dentro dessa proposta, ganham ênfase os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regidos pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, são considerados uma grande aposta reformista, constituem-se como serviços de saúde abertos e comunitários do SUS, de atenção ambulatorial diária referência no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, têm como objetivo oferecer assistência psicossocial a esses usuários, visando à sua reinserção social (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019; LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Os CAPS's são referenciados como dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, entretanto, não se configuram apenas como dispositivos de saúde, mas também precisam ser compreendidos como um modo singular de operar o cuidado em saúde mental tecendo uma rede com outros recursos, serviços, políticas, ou mesmo com a vizinhança (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019). Apresentam papel estratégico, contrapondo a forma de cuidado proposta pelos hospitais psiquiátricos e ofertando um olhar centrado ao sujeito, com a ampliação de práticas de cuidado, com intuito de promover a participação e autonomia do usuário, bem como, corresponsabilizar o cuidado entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares (SILVA et al., 2019a).

O atendimento nos CAPS's vai além de consultas médicas e medicamentos, envolve diversos tipos de atividades terapêuticas e comunitárias/territoriais que visam promover o protagonismo de cada usuário frente a sua vida. O planejamento terapêutico deve ser pensado dentro de uma perspectiva individualizada e interprofissional de evolução contínua face às necessidades e comprometimento de cada usuário (BRASIL, 2004). Apesar de serem considerados o “carro-chefe” da Reforma Psiquiátrica Brasileira, eles devem estar em constante articulação com outros serviços e políticas para construir as múltiplas estratégias de cuidado e a construção de vínculos fora CAPS, caso contrário, será mais uma unidade de saúde mental, com ações ambulatoriais, que pode levar a institucionalização do usuário (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019).

Dentre as modalidades de CAPS, o CAPS ad destina-se ao atendimento dos usuários de álcool e/ou outras drogas que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente deste uso, suas normas estão constituídas pela Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2004).

Na finalidade de promover o cuidado diferenciado daquele ofertado pelo hospital psiquiátrico, vê-se como essencial o acolhimento e a escuta do sujeito em suas singularidades e diferentes contextos, articulando o cuidado humanizado com a saúde mental e envolvendo uma relação horizontal entre instituição e usuário. Assim, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) torna-se um importante e potente recurso a ser utilizado para a gestão do cuidado em saúde num exercício corresponsável e compartilhado, visto que trazem, em sua premissa, a promoção do cuidado integral a partir da união dos diferentes atores envolvidos, das articulações interprofissionais e intersetoriais, da atenção ao contexto sociocultural e familiar, a singularidade, potencialidade, desejo e a possibilidade de inclusão do usuário em seu tratamento de forma atuante e ativa, tornando-se um marcador diferencial no cuidado em saúde mental (GRIGOLO et al., 2015; DINIZ, 2017; MATOS et al., 2017; SILVA et al., 2019a).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o PTS é um “conjunto de propostas e terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p. 40). Geralmente é dedicado às situações mais complexas e como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico médico e a medicação, no tratamento dos usuários. Para sua construção é necessário reunir toda a equipe, pois todas as opiniões e percepções são importantes para ajudar a entender o sujeito, e conseqüentemente, para definição de propostas de ações. Essa construção envolve algumas etapas: o diagnóstico; a definição de metas; a divisão de responsabilidades e a reavaliação (BRASIL, 2007).

Portanto, o PTS deve ser centrado em todas as necessidades e observações do usuário e não alheio ao olhar e participação dos envolvidos, sendo flexível e aberto às mudanças que ocorrem ao longo do tempo. Seu planejamento deve incluir ações que favoreçam a participação ativa do usuário e de sua família, além de ser reavaliado constantemente. Dessa forma, pode-se promover a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo (GRIGOLO et al., 2015; MATOS et al., 2017).

O PTS possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre a pessoa em sofrimento psíquico, seu técnico de referência e demais profissionais de acordo com as necessidades (GRIGOLO et al., 2015).

E para atender as diferentes necessidades dos usuários, faz-se fundamental o trabalho interprofissional e intersetorial na saúde, pois o campo da saúde mental tem envolvido uma complexidade de cuidados psicossociais para dar conta de seus múltiplos fatores, exigindo

uma transversalidade de saberes, políticas públicas e sociais e um rompimento das fronteiras da saúde mental para práticas extramuros a partir da organização e interlocução em rede de serviços / instituições / setores (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019; OLIVEIRA; DALTRO, 2020).

O trabalho interprofissional é visto como uma prática convergente entre os trabalhadores de diferentes áreas e funções, a partir do intercâmbio de visões teórico-técnicas e de suas práticas, a fim de responder às necessidades em saúde do usuário, envolvendo cooperação, práticas colaborativas entre os profissionais e trabalho em equipe, permeando a integração dos saberes, a interdependência das ações e a ampliação do olhar profissional sobre o cuidado, de forma a superar o especialismo / tecnicismo e a fragmentação do cuidado em saúde (LIMA; PASSOS, 2019; OLIVEIRA; DALTRO, 2020).

E a intersetorialidade consiste na articulação, interação, comunicação e responsabilização permanente entre os diferentes órgãos e setores da sociedade, em prol das necessidades dos usuários, de sua autonomia e protagonismo, de forma atingir a integralidade na atenção à saúde. Essa prática busca a descentralização do cuidado para outros serviços e dispositivos, indo além das ações das equipes dos serviços de saúde, favorecendo a cidadania e a construção de um novo lugar social para os usuários de saúde mental (PEREIRA; GUIMARÃES, 2019; OLIVEIRA; DALTRO, 2020; SILVA et al., 2019b).

Porquanto, a interprofissionalidade e a intersetorialidade constituem-se como práticas capazes de proporcionar o avanço na integralidade do cuidado em saúde mental, esta tida como um dos princípios do SUS, capaz de orientar a necessidade de políticas e ações que atendam a complexidade e necessidades de acesso e de cuidado dos usuários e como objetivo do PTS (SILVA et al., 2019b).

Dentro dessa perspectiva, surgiu o interesse em desenvolver este Projeto de Intervenção, bem como, pauta-se a sua justificativa, visto que o PTS constitui-se como um importante e essencial instrumento de trabalho e de cuidado em saúde mental, especialmente, nos CAPS's, que favorece a participação e autonomia do usuário, a construção de um cuidado integral e a reinserção social do indivíduo com sofrimento psíquico, possibilitando maior resolutividade de casos complexos e humanização dos atendimentos, a partir de um esforço mútuo de todos os atores envolvidos. Além do mais, não se pode deixar de considerar a necessidade contínua de superar o modelo biomédico centrado na doença com fragmentação dos diálogos profissionais e das ações, bem como, de priorizar uma forma de organização da gestão do cuidado com uma atuação mais integrada da equipe e centrada no usuário. Aspectos fundamentais para estabelecer um cuidado cada vez mais próximo do que é preconizado pelo

modelo de atenção psicossocial no atendimento em saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, há uma necessidade de consolidar a efetiva utilização desse instrumento – PTS, preconizado pelo Ministério da Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Corumbá/MS, para uma reorganização no processo de trabalho voltado para um cuidado compartilhado, onde se faça presente o diálogo entre os diferentes profissionais, sejam eles da equipe de trabalho e/ou de outros setores, colocando o usuário sempre no centro das questões – e não mais, para o cuidado individualizado e fragmentado – a fim de melhorar a qualidade dos atendimentos prestados, pois, somente com uma comunicação eficiente e participação ativa é possível entrosamento e corresponsabilidade, e conseqüentemente, um cuidado efetivo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Implantar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como dispositivo de atenção à saúde no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Corumbá/MS.

2.2. Objetivos Específicos

- Proporcionar o cuidado integral aos usuários;
- Promover o cuidado compartilhado dos usuários;
- Favorecer a atuação integrada dos profissionais da equipe – a interprofissionalidade;
- Aperfeiçoar a prática colaborativa entre os profissionais da equipe;
- Fortalecer o trabalho em rede – a intersetorialidade.

3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO

3.1. Público Alvo

Os usuários que fazem o uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas e/ou apresentam transtornos mentais decorrentes deste uso, que se encontram em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Corumbá/MS e que apresentam demandas complexas.

3.2. Local da Intervenção

O presente Projeto de Intervenção foi realizado com a equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Corumbá/MS. Trata-se da Unidade de Referência no tratamento para dependência de álcool e outras drogas dos moradores dos municípios de Corumbá e Ladário. A equipe técnica está composta por: um médico clínico geral; um médico especialista em psiquiatria; duas psicólogas, sendo uma responsável pela coordenação e a outra se divide com os atendimentos no CAPS II; um assistente social; uma enfermeira e um técnico de enfermagem.

3.3. Etapas da Intervenção

A execução do Projeto de Intervenção contou com as seguintes etapas de intervenção:

⇒ **A mobilização e pactuação com a equipe e a gestora de Saúde Mental:** para fomentar a importância e necessidade da implantação do PTS no processo de trabalho realizado no CAPS ad como forma de contribuir e aperfeiçoar os atendimentos realizados, especialmente, nos casos mais complexos. Neste momento, foi necessário explicar sobre o tema para conhecimento e mais esclarecimentos, utilizando como base um texto do Ministério da Saúde – Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2007), e uma Dissertação de Mestrado intitulada Projeto Terapêutico Singular (PTS): as percepções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) (CADORE, 2012). Foi um momento de fomento à Educação

Permanente. Etapa realizada sem qualquer negativa por parte dos envolvidos, sendo o Projeto de Intervenção bem aceito.

- ⇒ **A elaboração conjunta com a equipe do instrumento (modelo de PTS) a ser utilizado (Apêndice A):** como forma de contemplar o cuidado integral e compartilhado do usuário. O PTS foi organizado a partir das seguintes etapas: diagnóstico, definição das intervenções, divisão de responsabilidades e reavaliação. Foi o primeiro momento de envolvimento da equipe com a ferramenta, e para alguns, o primeiro contato efetivo.

- ⇒ **O planejamento de reuniões periódicas:** para definir, elaborar e monitorar de forma pactuada os casos dos PTS e as ações, no intuito de compartilhar entre todos os profissionais suas reflexões e percepções individuais e específicas de cada área de atuação (a interprofissionalidade), e se necessário, de outros setores / serviços (a intersetorialidade), na busca pela compreensão da problemática em questão e na articulação das propostas e condutas terapêuticas. Também foi um momento de definição do Técnico de Referência para cada caso para ser o gestor do projeto terapêutico. As reuniões ocorreram conforme as possibilidades dentro da rotina de trabalho e demandas institucionais. Os obstáculos se apresentaram a partir da dificuldade em reunir a equipe completa (incluindo os médicos) e os outros setores que se fizeram necessários, além do período onde houve pouca ou nenhuma prontidão da equipe em definir casos e monitorar as ações, contudo, as reuniões não deixaram de acontecer, e ao longo do tempo, a falta de prontidão da equipe foi sendo superada.

- ⇒ **A realização de encontros com usuário e familiar (este último quando possível):** para envolvê-los na elaboração das ações e responsabilidades como participantes ativos e efetivos dessa construção, bem como, favorecer a autonomia e protagonismo dos envolvidos, além da construção e fortalecimento de vínculos. Foi um momento dedicado ao acolhimento e escuta ativa das suas demandas e interesses, levantamento de metas, bem como, conhecer suas percepções sobre a problemática e envolvê-los na definição das ações e responsabilidades. Os encontros ocorreram, dependendo de cada caso e da necessidade, individualmente e/ou em conjunto, na própria unidade ou a partir de visita domiciliar. Foram

momentos importantes que possibilitaram conhecer especificamente as demandas e singularidades de cada caso. Etapa necessária para a efetivação do PTS antes da aplicabilidade, tendo em vista que o mesmo deve constituir-se como uma proposta terapêutica pactuada com o usuário. Assim, as reuniões de equipe e os encontros com o usuário e familiares se complementaram na construção do PTS. Somente após esses encontros que o plano terapêutico era esboçado, de acordo com a singularidade de cada usuário. Contudo, teve caso que diante o rompimento dos vínculos familiares, não foi possível envolvê-los na construção do PTS.

- ⇒ **A aplicabilidade das ações e condutas terapêuticas propostas:** as ações pactuadas foram realizadas com periodicidade definida juntamente com os usuários e familiares, variavam entre atendimentos semanais, quinzenais ou mensais com a participação dos profissionais responsáveis. Estas apresentaram um prazo estipulado para suas execuções, singular as especificidades de cada caso e foram monitoradas periodicamente durante as reuniões realizadas, para depois de terminado o prazo, realizar a reavaliação do PTS.

- ⇒ **A reavaliação do PTS:** para mensurar os resultados alcançados, e se necessário, executar as mudanças pertinentes ou a permanência das ações por um prazo maior, sem deixar de considerar e envolver o usuário e seu familiar (nos casos possíveis) nesta nova proposta. É o momento de realizar as readequações das ações terapêuticas necessárias, diante as novas necessidades que se apresentam e para alcançar o resultado desejado.

- ⇒ **A avaliação do Projeto de Intervenção e do Projeto Terapêutico Singular junto à equipe da Unidade a partir de Formulários construídos especificamente para essas finalidades (Apêndice B e C):** na reta final do projeto cada profissional envolvido respondeu individualmente formulários com cinco questões de múltiplas escolhas, a fim medir o nível de eficácia no processo de trabalho e a resolutividade do PTS na prática do cuidado. Foi um momento bastante válido e gratificante, onde todos puderam refletir e compartilhar suas impressões sobre a ferramenta de trabalho utilizada.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram elaborados pela equipe de profissionais do CAPS ad quatro PTS durante o período de execução do Projeto de Intervenção, de outubro/2021 a abril/2022, cujos casos foram definidos em consonância durante as reuniões de equipe. Trata-se de casos de pacientes cadastrados/atendidos na Unidade que apresentavam demandas complexas, com pouca, ou nenhuma resolutividade, o que coaduna com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), que propõe a utilização da ferramenta para as situações mais complexas e que requer uma atuação mais integrada em equipe para o alcance de resultados satisfatórios. A descrição dos casos está apresentada no quadro a seguir.

Quadro 1. Descrição dos casos de PTS.

Usuário	Queixa principal / Histórico Familiar	Hipótese Diagnóstica
PTS 1 Usuário do sexo masculino de 34 anos.	Uso abusivo de álcool e cocaína com alterações mentais e comportamentais / Transtorno mental e uso prejudicial de álcool por familiares maternos.	F 19.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência).
Potencialidade: Família estruturada com adequado suporte familiar e relacionamentos harmoniosos; Ausência de conflitos familiares; Bom trabalhador, sendo benquisto.		
Fragilidades: Relacionamento amoroso instável; Localidade da residência próxima a vários pontos de drogas; Rede de apoio restrita à família; Falta de prontidão para mudança do estilo de vida; Envolvimento em delitos; Baixa tolerância à frustração; Pedido de internação compulsória pela família.		
PTS 2 Usuário do sexo masculino de 34 anos com déficit intelectual.	Déficit intelectual, uso abusivo de álcool e cocaína com alterações mentais e comportamentais e crises convulsivas / Déficit intelectual por parte dos familiares maternos e uso prejudicial de álcool e drogas por familiares maternos e paternos.	F 79 (Retardo mental não especificado); G 40 (Epilepsia) e F 19.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência).
Potencialidades: Ausência de conflitos urbanos; Afetuoso.		
Fragilidades: Vínculos familiares rompidos; Carência afetiva; Vulnerabilidade social; Localidade da residência próxima a vários pontos de drogas; Rede de apoio insuficiente; Inabilidade de gerenciamento da própria vida; Prejuízos cognitivos significativos; Histórico de internação hospitalar.		
PTS 3 Usuário do sexo masculino de 18 anos.	Uso abusivo de álcool e cocaína com alterações mentais e comportamentais / Uso abusivo de álcool por familiares paternos e maternos, uso de drogas e Transtorno Mental por familiares maternos.	F 19.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência).
Potencialidades: Suporte familiar satisfatório; Rede de apoio estendida (família, amigos, igreja); Facilidade na construção de relacionamentos interpessoais por ser prestativo e		

comunicativo.		
Fragilidades: Dificuldade em lidar com relacionamento amoroso; Localidade da residência próxima a vários pontos de drogas e “amigos” que vendem; Presença de conflitos urbanos; Baixa tolerância à frustração; Dificuldade de aceitação da problemática envolvendo álcool e drogas; Falta de prontidão para mudança; Histórico de internações hospitalares; Pedido de internação compulsória pela família.		
PTS 4 Usuária do sexo feminino de 39 anos, HIV +.	Uso abusivo de pasta base de cocaína com alterações mentais e comportamentais / Uso de álcool e drogas por familiares maternos.	F 19.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência).
Potencialidades: Facilidade em manter relacionamentos interpessoais; Proativa e afetuosa; Ausência de conflitos urbanos; Prontidão para mudança.		
Fragilidades: Conflitos familiares; Relacionamentos amorosos com usuários de álcool e drogas; Histórico de internações hospitalares; Vivências constantes em situação de rua; Vulnerabilidade social; Prejuízos cognitivos.		

Para cada caso de PTS definido foi escolhido um Técnico de Referência, como aquele profissional responsável para acompanhar, mais de perto e de forma mais ativa, o caso, sendo este, o que apresentava um maior vínculo com o usuário. E também, construído um plano terapêutico com propostas de intervenções considerando a participação do próprio usuário e familiar (nos casos possíveis), respeitando seus desejos e interesses.

É importante e necessário estabelecer um Técnico de Referência para facilitar o gerenciamento e o acompanhamento do plano terapêutico, bem como, estabelecer parceria com a rede de apoio, sendo este profissional, preferencialmente, alguém que tenha um bom vínculo com o usuário, pois o Técnico de Referência será o elo entre ele e a equipe (BAPTISTA et al., 2020).

O plano terapêutico com as intervenções planejadas para cada caso está apresentado no quadro a seguir, juntamente, com os resultados prévios alcançados.

Quadro 2. Plano terapêutico elaborado para os casos de PTS e os resultados alcançados.

Usuário	Intervenções	Responsáveis/ Instituições	Tempo
PTS 1	• Atendimento médico e acompanhamento medicamentoso.	Médico e Enfermeira ou Téc. de enfermagem/ CAPS ad.	Primeira semana / mensal / 4 meses.
	• Atendimento psicológico individual.	Psicóloga / CAPS ad.	Imediato / semanal / 4 meses.
	• Grupo de apoio.	Alcoólicos Anônimos e Assistente Social / CAPS ad.	Imediato / semanal / 4 meses.

	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento à família. 	Psicóloga e Assistente Social/ CAPS ad.	Primeira semana / quinzenal / 4 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliar. 	Assistente Social, Psicóloga e Enfermeira ou Téc. de enfermagem / CAPS ad.	No primeiro mês / 4 meses.
Resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> Estabilização dos sintomas ansiosos; Conscientização sobre os problemas desencadeados pelo uso prejudicial de álcool e cocaína; Mobilização no processo de mudança com adoção de comportamentos mais saudáveis; Diminuição na quantidade e frequência do uso de álcool; Permanência de 2 meses sem o uso de cocaína; Corresponsabilização do paciente no processo de cuidado; Fortalecimento de vínculo paciente-equipe CAPS; Abandono da família aos atendimentos na unidade por ter uma perspectiva diferente do usuário; Aproximação da família com a equipe a partir da visita domiciliar. 			
PTS 2	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento médico e acompanhamento medicamentoso. 	Médico e Enfermeira ou Téc. de enfermagem/ CAPS ad e ESF.	Primeira semana / 4 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento à família. 	Assistente Social e Psicóloga / CAPS ad e CREAS.	No primeiro mês / 4 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento à cuidadora. 	Assistente Social e Psicóloga / CAPS ad e CREAS.	No primeiro mês / 4 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Grupo terapêutico, de apoio e oficina de artes. 	Enfermeira, Assistente Social e Artesã / CAPS ad.	Imediato / semanal / 4 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados em saúde e Medicação supervisionada. 	Equipe ESF.	Imediato / 4 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliar. 	Assistente Social; Psicóloga; Téc. de enfermagem e ACS/ CAPS ad, CREAS e ESF.	No primeiro mês / 4 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Internação voluntária em Clínica Especializada (demanda judicial). 	Secretaria de Saúde.	Sem prazo definido.
	<ul style="list-style-type: none"> Atividades comunitárias no território. 	CRAS e CREAS.	No primeiro mês / 4 meses.
Resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> Estabilização dos sintomas ansiosos e crises convulsivas; Diminuição na quantidade e frequência de uso de álcool e cocaína; Fortalecimento de vínculo paciente-equipes (CAPS ad, ESF, CREAS); Corresponsabilização do CREAS e Secretaria de Saúde no processo de cuidado; Não envolvimento de familiares e cuidadora no processo de cuidado, na primeira pelo rompimento do vínculo e na segunda pela fragilidade no vínculo; Internação voluntária em Clínica Especializada pela falta de suporte familiar e vulnerabilidade social. 			

PTS 3	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento médico e acompanhamento medicamentoso. 	Médico e Enfermeira ou Téc. de Enfermagem / CAPS ad.	Na primeira semana / mensal / 2 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Grupos terapêuticos. 	Psicóloga / CAPS ad.	Imediato / semanal / 2 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Grupo de família. 	Psicóloga, Assistente Social e Pastoral da Sobriedade/ CAPS ad.	Na primeira semana / quinzenal / 2 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Atividade comunitária no território para a genitora - Grupo de mulheres. 	Psicóloga / CRAS.	No primeiro mês / semanal / 2 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Oferta de verduras (condicionada a participação da genitora). 	CRAS.	Imediato / semanal / 2 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Inserção no mercado de trabalho (Projeto Rehabilitar). 	Assistente Social e Psicóloga/ CAPS ad e Secretaria de Assistência Social.	No primeiro mês / contínuo.
	<ul style="list-style-type: none"> Visita domiciliar. 	Assistente Social, Psicóloga e Enfermeira ou Téc. de Enfermagem / CAPS ad.	No primeiro mês / 2 meses.
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabilização dos sintomas ansiosos; Conscientização sobre os problemas desencadeados pelo uso prejudicial de álcool e cocaína; Motivação e mobilização no processo de mudança com adoção de comportamentos mais saudáveis; Diminuição na quantidade e frequência do uso de álcool e suspensão no uso de cocaína; Apoio e orientação a família quanto ao processo de tratamento envolvendo a dependência química; Inserção ao mercado de trabalho; Corresponsabilização do paciente e familiar no processo de cuidado; Corresponsabilização da Secretaria de Assistência Social; Fortalecimento de vínculo paciente-família-equipe CAPS ad. 			
PTS 4	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento médico e acompanhamento medicamentoso (Dependência Química). 	Médico e Enfermeira ou Téc. de Enfermagem / CAPS ad.	Na primeira semana / mensal / 2 meses.
	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento médico e acompanhamento medicamentoso (HIV+). 	Médico e Enfermeira ou Téc. de Enfermagem / Centro de Saúde especializado em IST's/HIV/AIDS "João de Brito".	Nos primeiros 15 dias / consultas e exames semestrais e medicação mensal / 2

			meses.
• Grupo de apoio e terapêutico.	Pastoral da Sobriedade e Psicóloga / CAPS ad.		Imediato / semanal / 2 meses.
• Grupo de orientação.	Psicóloga e Enfermeira / Centro de Saúde especializado em IST's/HIV/AIDS “João de Brito”.		No primeiro mês / semanal / 2 meses.
• Grupo de família.	Psicóloga, Assistente Social e Pastoral da Sobriedade / CAPS ad.		Imediato / quinzenal / 2 meses.
• Atividades comunitárias no território para paciente, filhos e genitora – Grupo de mulheres, idosos, crianças e adolescentes.	Psicóloga e Assistente Social / CRAS.		Nos primeiro 15 dias / semanal / 2 meses.
• Cursos profissionalizantes e qualificação.	CRAS.		No primeiro mês / 2 meses.
• Oferta de verduras (condicionada a participação da paciente e/ou genitora).	CRAS.		Imediato / semanal / 2 meses.
• Inserção no mercado de trabalho (Projeto Rehabilitar).	Assistente Social e Psicóloga/ CAPS ad e Secretaria de Assistência Social.		No primeiro mês / contínuo.
• Visita domiciliar.	Assistente Social, Psicóloga e Enfermeira ou Téc. de Enfermagem / CAPS ad; Centro de Saúde especializado em IST's/HIV/AIDS; CRAS.		Na primeira semana / 2 meses.
Resultados:			
<ul style="list-style-type: none"> • Devido ao pouco tempo na execução das ações terapêuticas planejadas para o caso, ainda não é possível mensurar resultados. 			

As reuniões de equipe realizadas, tanto para definição dos casos, como para construção das propostas de intervenções e monitoramento das ações, contribuiriam para maior interação, conhecimento, partilhas de experiências e saberes entre os profissionais das diferentes áreas, olhar multiprofissional no cuidado, divisão de tarefas, responsabilidades compartilhadas, além de possibilitarem a reflexão e a discussão sobre as estratégias articuladoras a serem adotadas pelas equipes na busca pela compreensão e resolutividade do problema em questão. Porquanto, essa integração da equipe de profissionais da saúde – a interprofissionalidade, proporciona vantagens para melhoria do funcionamento dos serviços dentro do SUS e alcance de resultados satisfatórios (FERNANDES; ROCHA; BRAZÃO, 2014; NOGUEIRA; MOTA; TEIXEIRA, 2021; SILVA et al., 2019a).

Contudo, além de práticas interprofissionais, alguns casos envolveram práticas intersetoriais para o atendimento das necessidades dos usuários, uma forma de descentralizar o cuidado, indo além das ações das equipes dos serviços de saúde, favorecendo a construção de um novo lugar social dos usuários, proporcionando o avanço na integralidade do cuidado em saúde mental (SILVA et al., 2019b).

Estas práticas permearam-se a partir de um olhar singular para cada usuário, o que implica uma noção de singularidade, ou seja, não é possível pensar em abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva, as quais acabam por criar uma padronização dos sujeitos e de suas demandas. Os processos terapêuticos oferecidos, pensados e discutidos em conjunto com o usuário e sua família, devem considerar sua subjetividade, de modo que, para cada usuário, seu cuidado seja único, pois é a partir do respeito ao desejo do usuário que se tem a possibilidade de efetividade no seu tratamento (SILVA et al., 2019a).

Os encontros com os usuários e os familiares foram realizados com muito cuidado e atenção, priorizando-se o acolhimento, que segundo Matos et al. (2017), permite dar voz ao usuário para que o mesmo possa trazer à tona sua história, seus problemas e suas expectativas em relação ao processo de cuidado que ali se inicia, possibilitando ao profissional registrar as demandas, as necessidades, as vulnerabilidades e as potencialidades desses sujeitos, considerando a dimensão subjetiva, o contexto social e histórico, para que possa oferecer um cuidado integral e humanizado através de recursos terapêuticos presentes nos serviços. É uma ferramenta que favorece a construção de vínculo, que por sua vez, é uma estratégia decisiva para consolidação da prática de cuidado em saúde mental, facilitando a construção da autonomia do usuário e a corresponsabilização entre os envolvidos.

Tais encontros são capazes de promover uma relação dialógica e interativa, centrada no singular de cada usuário, em suas pretensões, opiniões, necessidades e experiências de vida e de seu processo saúde-doença (NOGUEIRA; MOTA; TEIXEIRA, 2021), o que foi essencial para a continuação do trabalho desenvolvido e a aproximação entre usuário e profissional – uma interação horizontal.

Todavia, nos encontros direcionados a família, foi necessário trabalhar a aceitação desse processo de construção interdisciplinar do cuidado, pois alguns dos casos apresentados, envolviam demandas judiciais, baseadas no desejo e na perspectiva da família pela internação como única estratégia de cuidado. O que demonstra, segundo Silva et al. (2019a), que as famílias, por vezes, ainda trazem em seu discurso elementos de uma construção sócio-histórica-cultural derivada de um modelo biomédico baseado na hospitalização e remete ao

questionamento a respeito do contexto ideológico ao qual o processo da Reforma Psiquiátrica está vinculada.

A desinstitucionalização do sujeito e seu rompimento com o modelo manicomial e biomédico vai além do processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, pois, os muros dos manicômios não são apenas físicos, mas, culturais e ideológicos. Nesse sentido, o CAPS deve possibilitar novos modos de cuidado, não apenas destinados ao sujeito em questão, mas sim, tecendo articulações com sua família e envolvendo seu contexto social (SILVA et al., 2019a).

A elaboração conjunta do PTS com os usuários e seus familiares (nos casos possíveis) e a validação do plano terapêutico por eles, proporcionou desenvolver o sentimento de pertencimento ao processo de tratamento, com o poder de decisão. Isso implicou na relação horizontalizada entre usuários, familiares e profissionais. Para Baptista et al. (2020, p. 7), é primordial que cada etapa de elaboração do PTS seja compartilhada com o sujeito, que será o protagonista do projeto, identificando como pretende conduzir seu tratamento e gerenciando suas ações e tomadas de decisões; “esta postura propicia melhores resultados e adesão às ações e metas estabelecidas, uma vez que foram pensadas em conjunto e não impostas como um plano terapêutico imposto pelo profissional (inflexível)”. Nesse sentido, Matos et al. (2017) complementam pontuando a importância de os profissionais desconstruírem o cuidado vertical, o que contribuirá para a promoção de um serviço multifacetado, holístico e preparado para o manejo adequado da realidade.

Dos quatro PTS elaborados, dois (PTS 1 e PTS 2) já passaram pela fase de Reavaliação para mensurar os resultados alcançados e executar as mudanças necessárias no plano de cuidado, readequando as ações terapêuticas diante as necessidades impostas. Uma fase importante e constante no processo de cuidado, até que os objetivos propostos sejam alcançados. Segundo Baptista et al. (2020), esta etapa deve ser periódica e de discussão conjunta com o usuário sobre a evolução de seu tratamento, os avanços e dificuldades encontradas até o momento. Recombinações são feitas, assim como, novas ações são incorporadas (se necessário) e novas metas traçadas. Os autores complementam, afirmando que se constitui na etapa que apresenta maiores dificuldades e fragilidades que derivam desde a falta de estrutura física para reunir equipe e usuário para avaliar o andamento de seu tratamento, até a falta de comunicação entre a equipe.

Entretanto, algumas dificuldades emanaram na execução do Projeto de Intervenção: a efetiva articulação e envolvimento da rede, nos casos que se fizeram necessários (isto não quer dizer que esteve ausente); a ausência de envolvimento do médico; e a sobrecarga de trabalho dos profissionais. Este último, por conta do número reduzido de profissionais na

equipe e a alta demanda de atendimentos (inclusive judiciais), o que desencadeou uma dificuldade na organização das reuniões, bem como, prejuízos na dedicação e proatividade nas ações planejadas e no monitoramento, prejudicando a sistematização do processo de elaboração e execução do PTS.

O estudo de Matos et al. (2017) aponta que o trabalho em rede tem sido um desafio para as equipes que trabalham no CAPS, devido a estrutura complexa e resistente que permeia o cotidiano entre os serviços, a própria burocracia e também, muitas vezes, a própria resistência das equipes que ali atuam.

No que se refere à dificuldade de envolvimento do médico na participação da construção do PTS, Silva et al. (2019a) mencionam que a ausência dos médicos neste processo dificulta a discussão, o enlace e a articulação da equipe no cuidado. E ressaltam a relevância do envolvimento do médico no processo de construção do PTS, de modo que as intervenções com uso medicamentoso, possam ser discutidas em sua complexidade e com uma ampliação de olhares, evitando a fragmentação dos processos de trabalho.

Outra dificuldade apresentada foram as ações planejadas direcionadas para a família, que em nem todos os casos, elas foram satisfatórias e, em um, nem foi possível diante o rompimento de vínculos. Segundo Matos et tal. (2017), envolver a família como protagonista no processo de cuidado tem sido também um grande desafio, porque, muitas vezes, ela apresenta resistência em assumir a sobrecarga no ambiente doméstico, buscando um local ou instituição para internação ou uma maneira de afastar o usuário do seio familiar, pois já desistiu do mesmo, seja pela falta de condições de cuidados ou pelos laços já bastante fragilizados, o que reflete em um prejuízo no processo de tratamento e nas propostas do PTS para o sujeito.

É também preciso considerar, segundo Silva et al. (2019a), os desencontros de desejos entre usuários e familiares, sendo muitas vezes, difícil de conciliá-los. Contudo, cabe à equipe articulá-los para que todos sejam sujeitos ativos nesse processo de cuidado, sem que haja retrocessos.

Por outro lado, tivemos caso que a família participou de forma efetiva, enquanto parceira no cuidado e se comprometeu juntamente com o usuário no processo de tratamento o que impactou positivamente. Neste caso, ficou claro a importância da participação da mesma no processo de cuidado, visto que ela pode trazer informações importantes e necessárias capazes de qualificar intervenções da equipe e esclarecer questões pertinentes ao usuário. Nesse aspecto, Matos et al., (2017) pontuam que reuniões e/ou grupos familiares são mecanismos importantes no processo terapêutico que permitem uma maior inclusão da família

no serviço, instrumentalizando a mesma para o cuidado e possibilitando a reabilitação social comunitária do usuário.

Todavia, alguns dos entraves apresentados foram sendo superados aos poucos, com muita insistência e o projeto conseguiu ser executado dentro das possibilidades presentes. Portanto, a equipe avaliou o Projeto de Intervenção e a utilização do PTS como possibilidades de transformação no processo de trabalho, demonstrando ser uma ferramenta com potencial para superação do modelo biomédico e fragmentação do cuidado, para uma melhor integração entre usuário, familiar e profissionais e para um maior alcance na resolutividade de problemas, como apontam os gráficos a seguir.

Gráfico 1. O Projeto de Intervenção colaborou com a qualificação do processo de trabalho?

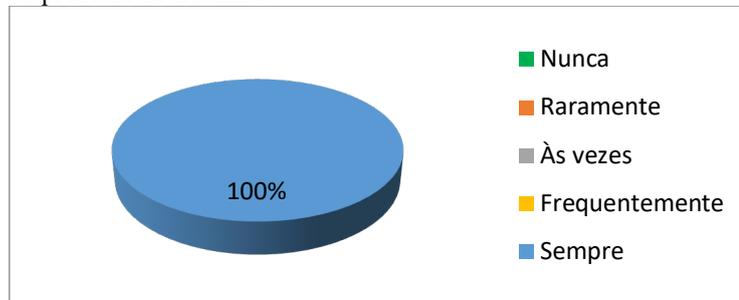


Gráfico 2. O Projeto de Intervenção trouxe maior resolutividade para os casos com demanda complexas?

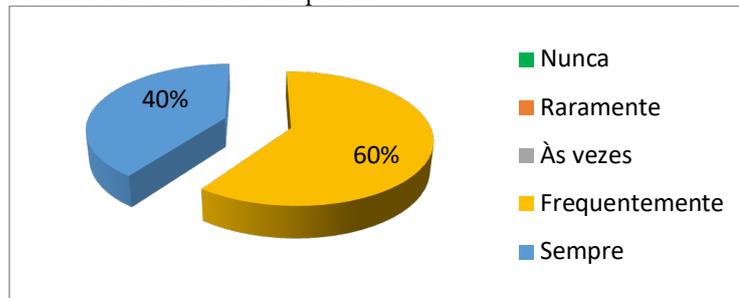


Gráfico 3. O Projeto de Intervenção possibilitou o envolvimento e compartilhamento do cuidado pela equipe?

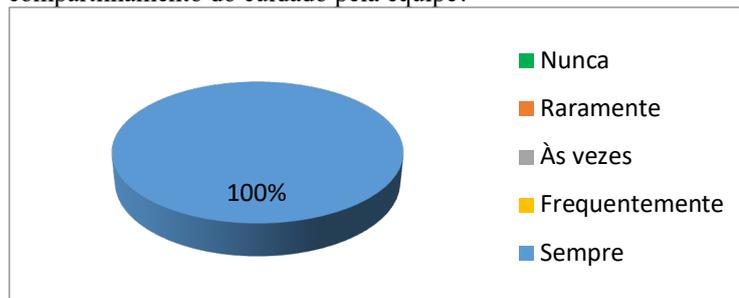


Gráfico 4. O Projeto de Intervenção contribuiu com a corresponsabilização dos profissionais, familiares e usuários no processo do cuidado?

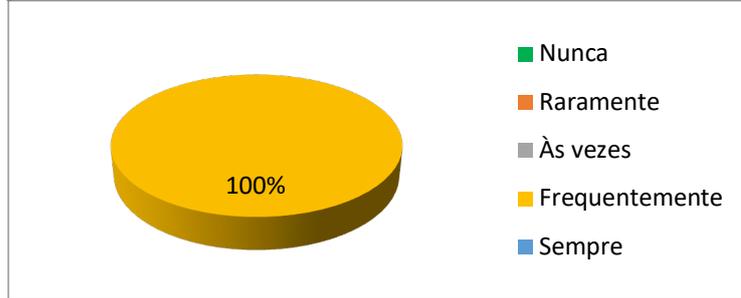


Gráfico 5. O Projeto de Intervenção possibilitou melhorar a qualidade dos atendimentos prestados?

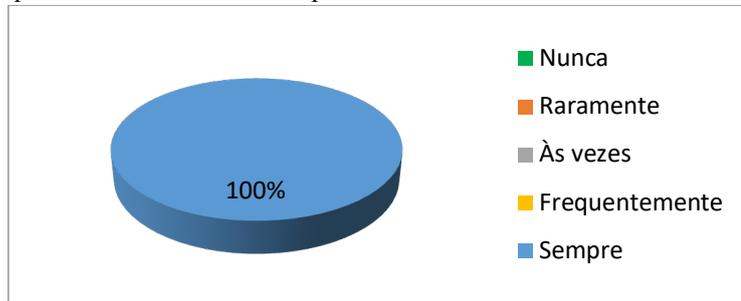


Gráfico 6. O PTS enquanto instrumento de cuidado facilitou o processo de trabalho da equipe?

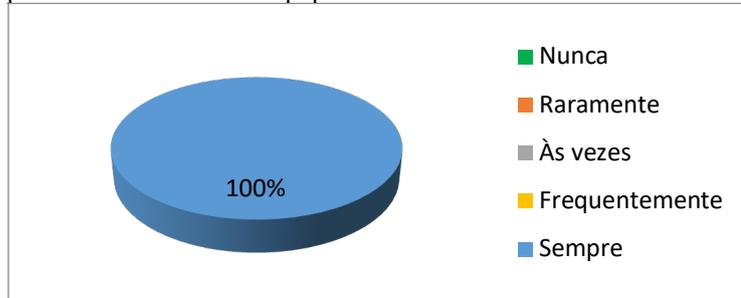


Gráfico 7. O PTS trouxe maior resolutividade para o caso em que foi utilizado?

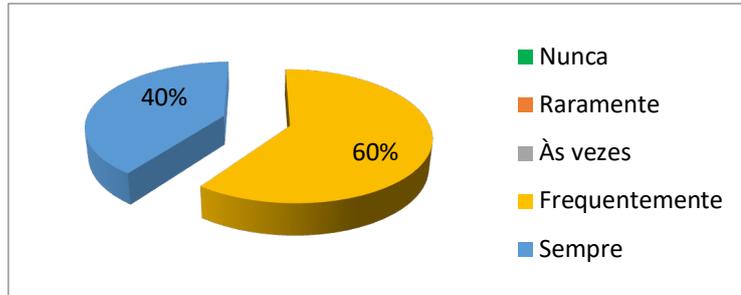


Gráfico 8. O PTS possibilitou maior comprometimento da equipe e de outros setores, quando necessário, no cuidado com o usuário?

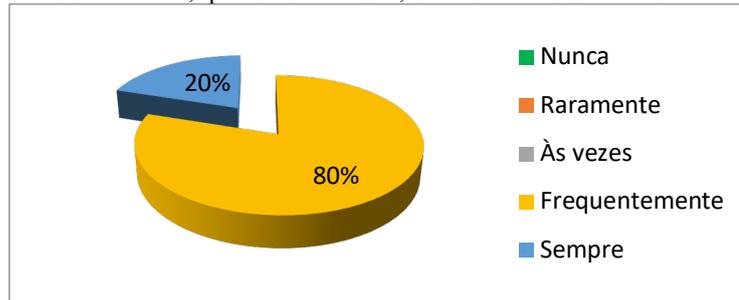


Gráfico 9. O PTS contribuiu para o aperfeiçoamento do cuidado em saúde mental?

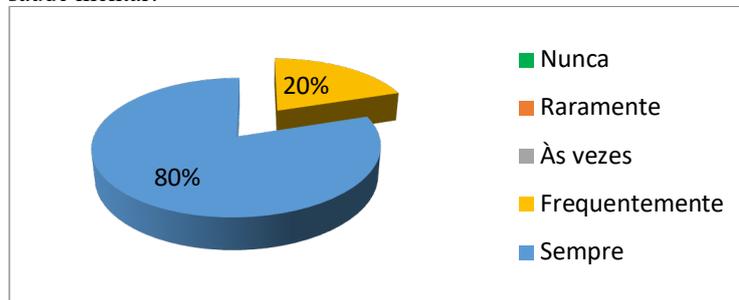
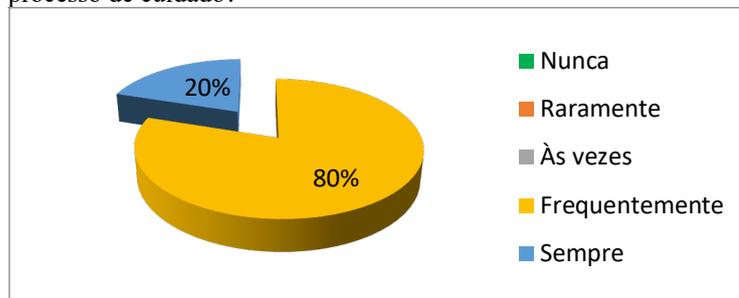


Gráfico 10. O PTS favoreceu a corresponsabilização do usuário no processo de cuidado?



Dentre as mudanças no processo de trabalho em equipe, observou-se a valorização das intervenções relacionais baseadas no acolhimento, vínculo e corresponsabilização, como uma intervenção terapêutica resolutiva e promotora de autonomia do usuário; da adoção de práticas colaborativas entre os profissionais para um trabalho em equipe mais cooperativo, participativo e coeso; e ainda, de práticas interprofissionais para a integração dos saberes, interdependências das ações e atuação em conjunto da equipe, possibilitando maior discussão e estudo de caso, melhorando a qualidade do processo de trabalho e superando a articulação fragilizada da equipe.

Segundo Diniz (2017) e Matos et al. (2017), a construção do Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta fundamental na organização do processo de trabalho e na

efetivação do cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental. Pois, além de ser um dispositivo com estratégia de cuidado que promove reflexões entre os profissionais sobre sua prática, é um dispositivo com estratégia de organização do processo de trabalho das equipes de saúde, que projeta novas formas para organizar a gestão e o processo de trabalho.

No que se refere à transformação pessoal, pontuo o desenvolvimento da competência gestão e atenção em saúde e interprofissionalidade, pois, o Projeto de Intervenção exigiu trabalhar com a articulação e interação de estratégias de cuidado não só com os profissionais da própria equipe, mas, também, de outros setores, para uma atuação conjunta e compartilhada, possibilitando melhorar os atendimentos prestados, além de, despertar uma motivação para lidar com os casos mais complexos.

Contudo, alguns desafios podem fazer-se presentes para a permanência da prática, como: atrelar o uso da ferramenta a este projeto, por ter sido o disparador desse processo e com sua finalização acarretar a falta de proatividade da equipe na articulação do cuidado diante os casos que demandam sua utilização e a falta de motivação pela sobrecarga de trabalho. Em contrapartida, faz-se presente uma perspectiva otimista, dada a satisfação dos profissionais com o alcance de resultados positivos nos casos estudados e a verbalização da sua permanência no processo de trabalho durante as reuniões de equipe.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto de Intervenção possibilitou que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) se incorporasse na organização do trabalho e do cuidado oferecido pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, como um potente instrumento de processo de mudanças, transformando e ressignificando a prática profissional da equipe, melhorando a qualidade do atendimento prestado no âmbito do SUS e a organização do serviço frente aos casos, com pouca ou nenhuma resolutividade, haja vista que se trata de uma estratégia de produção de cuidado atrelado a outros dispositivos, de acolhimento e de escuta qualificada, que fortalecem o vínculo e uma responsabilidade com o usuário de forma a garantir uma atenção continuada.

Além do mais, possibilitou organizar um plano terapêutico pactuado e compartilhado, especialmente com os usuários, que ocuparam um lugar ativo, protagonistas no processo de cuidado, evitando o distanciamento terapêutico e facilitando a realização das intervenções necessárias para o alcance do cuidado resolutivo.

Apesar de alguns entraves que se fizeram presentes, a inserção do PTS no processo de trabalho permitiu ações interprofissionais e intersetoriais com um olhar voltado para a complexidade da vida dos sujeitos, seus desejos e necessidades. Assim, produziu novas possibilidades de fazer/operar a saúde mental, comprometida com a transformação social, com a integralidade do cuidado, com a qualidade da assistência em saúde e baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Contudo, o PTS ainda precisa ser aperfeiçoado e fortalecido na Unidade do CAPS ad incorporando outras ferramentas para complementá-lo com um planejamento mais sistemático, expandindo às ações interdisciplinares para além do núcleo de saber de cada profissão e às ações para o território, no intuito de atingir de forma mais satisfatória o cuidado integral do usuário e ampliando para outros casos. Tal aperfeiçoamento acontecerá com o exercício prático da ferramenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 2067-2074, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018.
- BAPTISTA, Juliana Ávila; CAMATTA, Marcio Wagner; FILLIPON, Paula Gonçalves; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 01 -10, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília/DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª. ed. Brasília/DF, 2007.
- DINIZ, Alexandre Melo. Projeto Terapêutico Singular na atenção à saúde mental: tecnologias para o sujeito em crise. **SANARE**, Sobral, v. 16, n. 01, p.07-14, Jan./Jun., 2017.
- FERREIRA, Thayane Pereira da Silva; SAMPAIO, Juliana; SOUZA, Adelle Conceição do Nascimento; OLIVEIRA, Dilma Lucena de; GOMES, Luciano Bezerra. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2017.
- FERNANDES, Maristela Júlia; ROCHA, Hugo André da; FRAZÃO, Dionys Paulo Silva. Articulações em saúde: contribuições para o fortalecimento do trabalho em rede entre centro de atenção psicossocial e estratégia de saúde da família. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 1, P. 53-68, jan. jun., 2014.
- GRIGOLO, Tania Maris; GARCIA JÚNIOR, Carlos Alberto Severo; PERES, Gírlane Mayara; RODRIGUES, Jeferson Rodrigues. O Projeto Terapêutico Singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.7, n.15, p.53-73, 2015.
- LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.3, p. 01-20, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>.
- LIMA, Isabella Cristina Barral Faria; PASSOS, Izabel Christina Friche. Residências Integradas em Saúde Mental: para além do tecnicismo. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 01-22, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>.
- MATOS, Robson Kleber de Souza; SANTOS, Gisele Martins dos; ROCHA, Rodrigo Marques Batista; ATHAYDE, Aldenise de Freitas; BRANDÃO, Viviane Bernadeth Gandra. Projeto terapêutico singular em um centro de atenção psicossocial (Caps II). **Revista Intercâmbio**, vol. IX, p.111-130, 2017.

NOGUEIRA, Nara Fróis De Oliveira; MOTA, Cecília de Santana; TEIXEIRA, Dhara Santana. Apoio Matricial e Saúde Mental: relato das potencialidades e desafios no fazer do NASF por uma psicóloga em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 10, n. 3, p. 455–468, 2021.

<https://doi.org/10.17267/2317-3394rpdsv10i3.3750>

OLIVEIRA, Gerfson Moreira; DALTRO, Mônica Ramos. ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 3, p. 82-94, 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E309.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone de Jesus. Rede, Instituições e Articulação: Contribuições de uma experiência local para refletir sobre a intersetorialidade na Saúde Mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.53, p.185-207, jan./jun. 2019. DOI:

<http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v1i53.12806>.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti.; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313.

SILVA, Jordana Rodrigues da; GUAZINA, Félix Miguel Nascimento; PIZZINATO, Adolfo Pizzinato; ROCHA, Kátia Bones. O “singular” do projeto terapêutico: (im)possibilidades de construções no CAPSi. **Rev. Polis e Psique**, v.9, n.1, p.127 – 146, 2019a.

SILVA, Luzia Michelin; OLSCHOWSKY, Agnes; SILVA, Aline Basso da; PAVANI, Fabiane Machado; WETZEL, Christine. Ações de Intersetorialidade em Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa. **Rev Fund Care Online**, abr./jun., v. 11, n. 3, p. 763-770, 2019b. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.763-770>.

APÊNDICE A

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS

1 – Identificação Pessoal

Nome:	
Data de Nascimento:	Idade:
Familiar responsável:	
Responsável Técnico:	

2 – Queixa Principal

3 – Histórico Familiar

4 – Potencialidades / Fragilidades

5 – Hipótese Diagnóstica

6 – Plano de Ação Inicial

1)
2)
3)
4)
5)

7 – Como será o tratamento

Ação	Profissional (is) / Instituição	Prazo estimado

8 – Objetivo

Corumbá/MS, _____ de _____ de 20____.

Paciente: _____

Familiar responsável: _____

Profissional: _____

9 – Reavaliação

Ações Exitosas	Ações não Exitosas

Manutenção do plano inicial

Elaboração de novo plano

10 – Nova Proposta

Corumbá/MS, _____ de _____ de 20____.

Paciente: _____

Familiar responsável: _____

Profissional: _____

APÊNDICE B

FORMULÁRIO: AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

1. O Projeto de Intervenção colaborou com a qualificação do processo de trabalho?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
2. O Projeto de Intervenção trouxe maior resolutividade para os casos com demanda complexas?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
3. O Projeto de Intervenção possibilitou o envolvimento e compartilhamento do cuidado pela equipe?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
4. Projeto de Intervenção contribuiu com a corresponsabilização dos profissionais, familiares e usuários no processo do cuidado?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
5. O Projeto de Intervenção possibilitou melhorar a qualidade dos atendimentos prestados?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre

APÊNDICE C

FORMULÁRIO: AVALIAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

1. O PTS enquanto instrumento de cuidado facilitou o processo de trabalho da equipe?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
2. O PTS trouxe maior resolutividade para o caso em que foi utilizado?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
3. O PTS possibilitou maior comprometimento da equipe e de outros setores, quando necessário, no cuidado com o usuário?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
4. O PTS contribuiu para o aperfeiçoamento do cuidado em saúde mental?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre
5. O PTS favoreceu a corresponsabilização do usuário no processo de cuidado?				
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Sempre