

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

ROSANA CAROLINE DE SOUZA MONTEIRO

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: QUALIFICANDO A PRODUÇÃO DO CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL**

CAMPO GRANDE (MS)

2022

ROSANA CAROLINE DE SOUZA MONTEIRO

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: QUALIFICANDO A PRODUÇÃO DO CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL**

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

Sou grata à Marilda do Carmo Rodrigues, minha esposa, pelo incentivo e companheirismo. Ao meu tutor Fernando Ferrari, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições no percurso das intervenções. Por esse recomeçar na minha caminhada profissional. Em especial a todos os colegas do grupo Reconstructores, pela generosidade em partilhar comigo seus saberes e juntos recriarmos nossos conhecimentos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS.....	8
2.1. Objetivo geral	8
2.2. Objetivos específicos	8
3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO.....	9
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Erro! Indicador não definido.
ANEXO A – FRENTE FORMULÁRIO PTS	29
ANEXO B- VERSO FORMULÁRIO PTS.....	30

RESUMO

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: QUALIFICANDO A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

MONTEIRO, R. C. S. **Projeto Terapêutico Singular: Qualificando a produção do cuidado em Saúde Mental**. 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.

rosanacarolinem@gmail.com

Introdução: Trata-se de um relato de experiência de atendimento às pessoas com transtornos mentais graves, onde o sujeito e ou sua família participam ativamente das decisões acerca do seu acompanhamento. **Objetivo:** Descrever as etapas que constituíram a construção de Projeto Terapêutico Singular de três pacientes atendidos em um CAPS III do município de Campo Grande – MS, a partir de então analisar se indivíduos com Transtornos Mentais Graves, apresentam melhorias nas condições de saúde mental, de vida, participação social e autonomia através do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular. **Materiais e método:** A partir da análise das informações coletadas, extraídas situações problemas, elaboramos um plano de cuidados e buscamos estratégias com fundamentação teórica para as intervenções necessárias. **Resultados:** A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), possibilita a participação, a reinserção e construção de autonomia para o usuário e família dos pacientes em sofrimento psíquico, uma vez que esse é o principal instrumento de trabalho interdisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Considerações Finais:** A partir destas intervenções destacamos como potencialidade o trabalho em conjunto com as equipes de referência da Atenção Básica, por intermédio da execução de ações que vieram de encontro a satisfação nos resultados obtidos, uma vez que em dois dos três casos analisados vislumbramos a sensibilização da família, o fortalecimento do vínculo e o acompanhamento regular em saúde mental.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Saúde Mental. Clínica Ampliada.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais graves são definidos através da associação de diagnósticos, que incluem depressão moderada a grave, transtorno bipolar, esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos à duração dos problemas, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais. (OMS, 2005).

Regulamentado pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Para efetivação do tratamento, os CAPS utilizam como instrumento de trabalho, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que possibilita a participação do usuário na construção de sua autonomia. O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007).

Através do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de indivíduos com sofrimento psíquico grave, com baixa adesão ao tratamento realizado no CAPS III Vila Almeida e ou crises recorrentes com reincididas internações, o presente estudo visa analisar a eficácia dessa ferramenta de intervenção, sendo esta o principal instrumento que possibilita ao usuário participação, reinserção e construção de sua autonomia e através desta análise, pontuar ações que foram positivas e negativas no tratamento dos indivíduos resguardando as especificidades de cada um.

Acreditamos que o acompanhamento irregular, vêm refletindo em crises e recorrentes internações, o que remete a necessidade de reflexão sobre quais fatores estão influenciando esse comportamento e quais medidas podem ser implementadas para a manutenção do acompanhamento, com o objetivo de desenvolver estratégias eficazes de cuidado em saúde mental.

Pensar no cuidado em saúde mental envolve pensar na integralidade do sujeito, do ambiente e das relações, pois o cuidado é um construto da cumplicidade de diversos atores apoiados em todos os contextos: sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e culturais. E por isso comprometer-se com o cuidado em saúde é o desafio de ir além dos discursos para se aproximar de práticas transformadoras do modelo assistencial. (PINTO, 2011)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Analisar se indivíduos com Transtornos Mentais Graves, apresentam melhorias nas condições de saúde mental, de vida, participação social e autonomia através do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular.

2.2. Objetivos Específicos

- Implementar a utilização do PTS como ferramenta de trabalho no CAPS III;
- Fortalecer o trabalho interprofissional;
- Produzir maior resolubilidade nos casos mais complexos.

3. PERCURSO DA INTERVENÇÃO

Trata-se de uma intervenção, elaborada a partir do acompanhamento de três indivíduos com transtorno mental grave, que realizam acompanhamento em um CAPS tipo III em Campo Grande/MS. O processo de escolha dos indivíduos que fizeram parte deste estudo, se deu a partir da observação dos casos mais graves, referenciados da profissional (técnica de referência¹) que ora realiza este estudo e que vinham apresentando crises recorrentes e ou resistência ao acompanhamento no CAPS. Os nomes reais dos indivíduos foram preservados, sendo utilizado neste estudo nomes fictícios.

Serão descritas as etapas de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de três indivíduos com transtorno mental grave acompanhados em CAPS III, envolvendo os profissionais de saúde, a família e a comunidade através de ações planejadas no cuidado desses indivíduos;

O Projeto Terapêutico Singular obedecerá às seguintes etapas de desenvolvimento:

- Análise documental das informações que constam no prontuário físico do usuário, favorecendo o conhecimento do histórico de saúde, o estado físico, o estado mental, as medicações utilizadas, reações, patologias envolvidas, de forma a contribuir no plano de cuidado;
- Discussão de caso com a equipe do CAPS, coleta de informações, percepções a respeito de cada caso, do compartilhamento de saberes, buscando uma maior capacidade de respostas frente aos problemas e necessidades que se apresentam.
- Visita domiciliar, instrumento este, que possibilitará o estreitamento da confiança e vínculo profissional/usuário, favorecendo através deste recurso a compreensão da dinâmica familiar, das possibilidades de envolvimento desta família no tratamento oferecido ao usuário, de forma que através da realidade social possam ser definidas estratégias de intervenção para a situação problema apresentada;
- Reuniões com a rede de cuidado no território, especialmente as equipes de Saúde da Família onde nossos atores estão inseridos, de forma a compartilhar responsabilidades nas ações para uma melhor oferta de atenção à saúde;
- Atendimento individual com vistas a construção do Projeto Terapêutico Singular e validação das propostas de intervenção.

¹ Técnico de Referência: aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto.

As informações coletadas, bem como fragilidades, plano de ação, impressão do caso e das estratégias e cronograma, serão registradas em formulário padrão, conforme anexo I.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caso A:

Pedro, paciente do sexo masculino, 33 anos, com diagnóstico de Esquizofrenia, sem tratamento, constantemente em crise. Perambula pelas ruas do bairro Laranjinhas, onde mora, periferia de Campo Grande, “comendo lixos e conversando sozinho”. Reside juntamente com um irmão em casa própria, em situação de miserabilidade e falta de cuidados. O irmão Fabiano, aparenta ter deficiência mental leve, porém não é diagnosticado, é produtivo, realiza “bicos” de ajudante de pedreiro e não dispõe de capacidade cognitiva para cuidar de Pedro. Na mesma rua, há poucos metros, reside sua irmã Marta com sua família, composta de oito pessoas, sendo seis filhos. Marta tem consciência da doença mental de Pedro, manifesta o desejo de poder ajudá-lo, porém também vive em condições de extrema pobreza e entende como sendo a única forma de ajudar o irmão, acolhendo o em sua moradia, a fim de lhe oferecer alimentação e medicamentos.

Pesquisas relacionadas ao papel da família de pessoas com transtornos mentais graves demonstram que a relação com os irmãos proporcionou resultados positivos para a saúde mental (frequentemente mais forte que a relação com os pais). Em algumas famílias pobres que compuseram a amostra, as relações entre irmãos podem ter assumido um nível maior de importância por causa de rupturas na família de origem e a falta compreensível de uma criação consistente por parte dos pais, resultando no estresse inevitável associado à pobreza. Quando os adultos são incapazes de fornecer proteção, segurança, e alimentação, os irmãos podem recorrer uns aos outros. (SOUZA, BAPTISTA: 2008)

Tabela 1.A

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVO	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEL
Paciente em crise, que não adere ao tratamento de saúde mental	Garantia do acompanhamento em Saúde Mental	Articulação da Rede de Cuidado	Técnica de Referência
		Acompanhamento Domiciliar	Técnica de Referência
Falta de cuidado familiar	Fortalecimento do Vínculo Familiar	Acompanhamento e apoio familiar	Equipe
		Articulação com CRAS	Técnica de Referência

		Articulação com a Unidade de Saúde Família	Técnica de Referência
Extrema Vulnerabilidade Social	Garantia do direito ao BPC ²	Articulação com Centro de Referência da Assistência Social	Técnica de Referência
		Compartilhamento do caso com Serviço Social INSS;	Assistente social
Acompanhamento irregular em Saúde Mental	Consultas no CAPS	Agendamento de consulta médica	Equipe
	Participação em oficinas	Agendamento de consulta com equipe multiprofissional	

Considerando que para adesão de um paciente com transtorno mental grave é necessário que seja estabelecido uma relação de confiança entre o técnico de referência e o paciente, inicialmente buscamos fortalecer este vínculo. Através do acompanhamento domiciliar, foi possível conhecer a dinâmica familiar, as adversidades do ambiente, as possibilidades de intervenções. Pedro no primeiro momento se mostra receptivo à visita, permite que adentremos na moradia e responde quando lhe questionado algo do seu cotidiano, porém sempre que abordado o tratamento em saúde mental, se mostra resistente. Em visita observamos que haviam vários alimentos não perecíveis ainda na embalagem espalhados pelo chão. Pedro não tinha possibilidade de fazer sua comida. Sua casa não dispunha de mobília, apenas uma pia sem torneira na cozinha e um colchão velho no chão batido do quarto. Durante as crises, Pedro depredou o imóvel quebrando portas e janelas, o que fez com que ficasse suscetível a delinquentes. Os alimentos se tratavam de um benefício assistencial fornecido pelo CRAS da região. Observado com isso, a necessidade de um trabalho integrado, de forma que as intervenções fossem de fato resolutivas.

² – BPC Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. No caso da pessoa com deficiência, esta condição tem de ser capaz de lhe causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Percebemos que o caminho que faria Pedro realizar um acompanhamento no CAPS era longo, porém não impossível. O desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. (BRASIL, 2013)

O CAPS deve ser um lugar de referência e acolhida, onde os sujeitos encontrem sustentação para criar uma existência pessoal, situada em uma comunidade com a qual se relacionam de modo singular (RIBEIRO, 2005), mas ao substituir o manicômio, não pode se colocar no lugar dele, assumindo o mandato social pela loucura ou pela totalidade da vida de cada paciente (DIAS, 2011). Para tanto, o CAPS precisa contar com parcerias com outros equipamentos capazes de compreender as múltiplas facetas que compõem as demandas dos usuários, caracterizadas por aspectos (inter) subjetivos, psíquicos, sociais, culturais, educacionais, dentre outros, e dispostos a colaborar com o enfrentamento da complexa problemática que se impõe nesse cenário (JIMENEZ, 2011).

Discutimos com a unidade de saúde de referência. A assistente social da USF sempre muito receptiva e colaborativa com a proposta de construção de um PTS que garantisse um cuidado integral e contínuo. Como primeira intervenção conjunta, pensada inicialmente com a irmã Marta, que os atendimentos de saúde fossem prestados no domicílio, visto que Pedro se recusava a ir nos estabelecimentos de saúde (USF e CAPS). Foi realizado então uma consulta médica do CAPS no domicílio, e acordado entre os profissionais atores do processo, que as medicações, por hora injetáveis de depósito seriam realizados pela equipe de enfermagem da USF, o que infelizmente não aconteceu. Pedro inicialmente recusou e os profissionais da enfermagem da unidade de saúde do território, manifestaram desconforto e despreparo, na execução deste procedimento, alegando que temiam pela integridade física, havendo a necessidade de deslocar a enfermeira do CAPS que após manejo convenceu Pedro a aceitar a medicação, o que evidenciou que alguns profissionais de saúde, demonstram atitudes preconceituosas contra pacientes com transtorno mental, seja por falta de conhecimento ou manutenção da visão manicomial, o que acaba gerando discriminação e dificuldades para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem a esses pacientes (PAES, MATFUM: 2013).

Todos os pacientes têm o direito de receber cuidados que satisfaçam suas necessidades de saúde e devem ser tratados com humanidade e respeito que lhes são garantidos pela legislação vigente em nosso país. Entretanto, existem dificuldades em efetivar esses pressupostos quando se trata de pacientes com sintomas de sofrimento

psíquico devido ao preconceito, que decorre da estigmatização da ‘loucura’. (PAES, MATFUM: 2013)

A comunidade cobrava uma ação resolutiva que tirasse Pedro das ruas e a justiça questionou se ele se encaixaria no serviço de residência terapêutica. Diante desta possibilidade de intervenção, sua irmã que sempre manteve vínculo de afeto, se propôs a assumir sua curatela e lhe proporcionar dentro de suas possibilidades, os cuidados necessários. Seguimos compartilhando o caso com a USF através do apoio da assistente social, que realizou as articulações com o CRAS local. Através desta união forças, foi possível garantir que Pedro fosse curatelado pela irmã e passasse a receber o BPC/LOAS. Com o valor do benefício em mãos, retroativo a data da solicitação, foi realizada uma reunião familiar, com Marta e seu cônjuge, a fim de definir a utilização do dinheiro de forma a garantir os mínimos sociais a Pedro. A idéia de Marta inicialmente seria de construir um quarto para Pedro no seu terreno, porém levantamos a hipótese de que Pedro poderia não se adaptar e retornasse para a sua casa, foi então que acordamos que seria realizado uma pequena reforma na moradia de Pedro. O cunhado que é pedreiro, ficou responsável pelos serviços e contou com a colaboração de Fabiano (o irmão de Pedro que divide a moradia). Foram trocadas portas e janelas e adquiridas algumas mobílias como fogão, poltrona, cadeiras, cama e colchão. Pedro ficou nitidamente orgulhoso da sua casa, porém não se adaptou a cama e colocou o seu colchão no chão do quarto, agora com contra piso, onde tem dormido todas as noites.

Com a garantia do benefício, a medicação em dia, o vínculo de confiança estabelecido, acordamos uma visita domiciliar para planejamento de mais uma etapa do PTS, desta vez com a possibilidade de que Pedro apontasse seus anseios. Para realizar a abordagem da família é importante estabelecer referências sobre a singularidade e particularidades da instituição família, pois, apesar das visitas domiciliares constituírem uma ação do serviço de saúde, essa ação ocorre no ambiente familiar. Neste sentido, é essencial a permissão e aceitação do paciente e sua família para que assim, os objetivos da visita domiciliar sejam alcançados. (PEREIRA, CÉZAR, REISDORFER:2014).

Foi um momento indescritível, ao pararmos o carro em frente a moradia, Pedro nos recebeu com um sorriso na face, através da janela, que antes era totalmente lacrada por ripas de madeira e nos convidou a adentrar na casa. Tudo estava limpo e organizado, Pedro nos ofereceu a bebida (tereré) que tomava juntamente com sua mãe, estava feliz. A mãe que até então foi negligente, que nunca participou do cuidado, manifestou o interesse em

“cuidar” de Pedro. Estavam presentes, Pedro, Marta (a curadora), sua mãe e seu cunhado. Foi possível a realização de uma Conferência Familiar.

A utilização das ferramentas de abordagem familiar possibilita à equipe de saúde a construção de um conhecimento mais abrangente acerca da família em questão e uma interação maior com a mesma no sentido de melhorar a relação de ajuda estabelecida entre profissionais e membros do conjunto familiar (NOBRE et al; 2014).

Destacamos a utilização desta ferramenta como uma potencialidade na execução do PTS, uma vez que propiciou o fortalecimento dos vínculos entre os familiares e a definição de papéis para melhor funcionamento da dinâmica do cuidado. Pedro irá até o CAPS para as consultas médicas. As injeções que até então estavam sendo realizadas no CAPS passará a ser realizada na USF. A irmã Marta ficará responsável por administrar o benefício de Pedro, controlar as medicações e supervisionar o cuidado. A mãe ficou com a responsabilidade em preparar a alimentação e o cuidado com a higiene da casa. O cunhado será o responsável por acompanhar Pedro as consultas e procedimentos.

A continuidade do cuidado deve ser pensada na atenção a todos os usuários do sistema de saúde, mas é um elemento que se torna mais expressivo, no que concerne a sua qualidade, quando ofertado aos pacientes que utilizam diferentes serviços ao longo da vida, tais como os portadores de transtornos mentais severos e persistentes. Esta continuidade é resultado da combinação de fatores como acesso adequado ao cuidado, habilidades comuns dos profissionais, bom fluxo de informação, entendimento entre técnicos e organizações e boa coordenação e integração entre profissionais para manter a consistência da atenção. (MITKIEWICZ: 2012).

Através do desenvolvimento do PTS de Pedro, pudemos visualizar um avanço positivo no tratamento e melhoria nas condições de vida e participação social. Pedro hoje comparece aos atendimentos, apresenta crítica parcial da doença e é capaz de escolher as oficinas das quais mais se identifica, bem como colaborar na definição de estratégias que nortearão a continuidade do cuidado em saúde mental. Acreditamos que tal resultado foi possível, uma vez que houve integração do trabalho em rede e da família.

TABELA 2 A

AVALIAÇÃO	
Potencialidade	Utilização de Ferramenta de abordagem familiar, que propiciou o fortalecimento dos vínculos entre os familiares e a definição de papéis para melhor funcionamento da dinâmica do cuidado.

	Integração na Rede de cuidado.
Fragilidade	Preconceito de profissionais de enfermagem da Equipe de Saúde da Família, manifestado através da recusa de realização de procedimento de enfermagem (injeção) com a justificativa de despreparo em lidar com pessoas com transtorno mental grave.

Caso B:

Lara, paciente do sexo feminino, 18 anos, acompanhava desde os 12 anos no CAPS infanto-juvenil, por apresentar sintomas psicóticos e sexualidade exacerbada. Foi encaminhada ao CAPS III após completar maior idade e exigência do Ministério Público. Lara sempre residiu com sua avó materna, dona Léia, uma idosa de 65 anos. Apresenta dificuldades em manter um acompanhamento regular e vem apresentando crises recorrentes, com várias internações. Lara durante as crises faz uso de drogas e se prostitui, o que fragiliza o vínculo familiar.

Tem um histórico de abandono por parte dos pais, já tentou morar com a mãe, porém em conflito com o padrasto e marcada por lembranças de violência na infância, voltou para a avó, sendo esta a pessoa por quem nutre afeto. Lara tem um tio que reside no estado do Paraná e que por cuidar de dona Léia, sua mãe, mesmo de longe tem oferecido certo apoio, porém este entende que Lara traz prejuízos para a saúde da idosa, uma vez que ela é hipertensa, diabética insulínica, tem epilepsia e dificuldade de ambulação e demonstra grande preocupação pela neta. O tio tem buscado junto ao Ministério Público internação em instituição de longa permanência ou mesmo Serviço Residencial Terapêutico, com a justificativa que a idosa não tem condições de cuidá-la.

A Residência Terapêutica se constitui como dispositivo no processo de desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtorno mental, com o intuito de promover a construção da sua inserção na comunidade. As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas nos hospitais psiquiátricos. No ambiente residencial não são mais considerados pacientes e sim moradores (CAVALCANTI, 2005, p. 32)

Tabela 1 B

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVO	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEL
		Consulta médica	Médico assistente

Acompanhamento irregular em saúde mental, apresentando recorrentes crises	Garantia do acompanhamento em saúde mental	Visita domiciliar	Técnica de Referência
		Atendimento Familiar	Técnica de referência
Vínculo familiar fragilizado	Garantia do cuidado e fortalecimento do vínculo familiar	Acompanhamento e apoio familiar	Equipe
		Articulação com CRAS	Técnica de Referência
		Articulação com a Unidade de Saúde Família	Técnica de Referência

O reconhecimento desta usuária no serviço CAPS III, se deu a partir de encaminhamento do CAPS Infante Juvenil, concomitante a demanda encaminhada pelo Ministério Público, no qual requisitava informações acerca de critérios e perfil da usuária em Serviço Residencial Terapêutico. Logo no acolhimento que ocorreu por demanda espontânea, de maneira humanizada, foi dado início ao planejamento da atenção à saúde mental. No que diz respeito ao acolhimento humanizado, este constitui-se como ferramenta primordial para aumentar o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando melhor compreensão da doença e resultando em autonomia para o cuidado. O acolhimento engloba o compromisso de reconhecimento do outro em sua individualidade, como um ser que tem suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seu modo de viver, sentir e estar na vida. (CARVALHO, 2012).

A conduta da equipe está diretamente relacionada à eficácia do tratamento, visto que a relação de cada profissional com o usuário e seus familiares deve ser singular e deve permitir que as possibilidades de ajudar o sujeito se multipliquem. Para isso, as relações interpessoais da equipe junto aos usuários e aos familiares devem resultar no cuidado acolhedor, resolutivo e humano (SILVA, 2018)

Na primeira visita domiciliar, Lara estava eufórica, comunicativa, falou de sua rotina e seus planos. Sonhadora, contou-nos do seu rendimento escolar, das tarefas de casa e do trabalho. Lara contou-nos que produz e vende bolos no semáforo, que já se prostituiu e tem intenção de retomar essa atividade, pois entende que somente desta forma conseguirá dinheiro para realizar o curso de maquiagem que deseja. Falou de maneira

carinhosa de sua avó, porém ao seu ver, a avó não lhe compreende, explicando que não quer ficar só em casa, “trancada”. Foi observado que Lara tinha consciência parcial de seu transtorno, entende que necessita da medicação e faz uso correto das mesmas, porém não percebe certos comportamentos como inadequados. Entende-se que a proximidade com o usuário, seu território e sua realidade auxiliam na construção do processo de cuidado em que se espera uma fortificação do vínculo entre profissional de Saúde e usuário. (BRASIL, 2013)

Conforme previamente acordado, o tio compareceu para atendimento familiar, nesta mesma data estava também prevista a consulta médica, visto que o tio residia em outro estado e solicitou otimizar a vinda a Campo Grande. Enquanto aguardava a consulta médica, Lara alterou a voz contra ele e de maneira hostil, defendia o direito de ser consultada sem acompanhante por ter completos 18 anos. Após ter sido atendida na sua reivindicação justificou a hostilidade com o tio, alegando que ambos “não se entendem” e que ele estaria querendo “controlar sua vida”. Neste ponto acreditamos que houve uma falha no atendimento. A paciente estava nitidamente desejando “se libertar” dos cuidados do tio, demonstrando a necessidade de ações mais urgentes e específicas, porém para esta problemática, não foi pensada uma ação rápida e eficaz. O tio informava que Lara não tinha condições de comparecer aos atendimentos do CAPS quando ele não estava na cidade, justificando que ele quem sempre a acompanhou, temia o retorno ao uso de drogas ilícitas.

Na elaboração dos projetos terapêuticos, é fundamental que os profissionais de saúde considerem as famílias nas suas singularidades, já que estas apresentam demandas das mais variadas ordens. Entre as quais, Colvero et al. cita: a dificuldade de lidar com as situações de crise, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir vislumbrar saídas para os problemas, com o isolamento social a que ficam sujeitos, as dificuldades materiais da vida cotidiana, as complexidades do relacionamento com esse familiar, a expectativa frustrada de cura ou o desconhecimento da doença propriamente dita.

Durante a continuidade da execução das estratégias previstas no plano de cuidado apresentado na Tabela 2.B, Lara se envolveu em um relacionamento amoroso e em poucos dias partiu para um convívio conjugal, em busca da sua tão sonhada “liberdade”, abandonando as medicações e rejeitando as orientações da avó e do tio. Faltou as consultas que estavam agendadas e não informou a família do local onde estaria residindo. Perdemos o contato com Lara por quatro meses, até que em crise, foi encaminhada do UPA através

do serviço de regulação de vagas, para acolhimento noturno. Lara teria sido abandonada por seu cônjuge após ter entrado em crise psicótica e ficou em situação de rua.

Durante o período de acolhimento na situação de crise, aconteceu o abandono familiar que estaria algum tempo sendo previsto. Lara não dispunha de um lar para retornar e necessidade de um novo Projeto Terapêutico.

Para que a família exerça o cuidado de pacientes com transtorno mental, ela precisa encontrar estratégias para enfrentar as situações adversas e, muitas vezes, precisa primeiro se conhecer, trabalhar com os seus anseios, para posteriormente cuidar do outro (BORBA, PAES:2011).

Vivenciar a prática assistencial com famílias de pessoas com transtorno mental é trabalhar com o seu sofrimento, com as suas frustrações e com o binômio negação-aceitação do transtorno mental, o que mobiliza sentimentos e percepções em quem está envolvido. (BORBA, PAES:2011).

Tabela 2.B

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVO	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEL
Desprovida de vínculo familiar e suporte social	Moradia digna para construção da autonomia e garantia do convívio social	2ª via de documentação	Assistente social
		Discussão do caso com a rede de apoio Socioassistencial	Técnica de Referência
		Residência Terapêutica	Equipe
Resgate da autoestima	Conclusão do Ensino Médio	Parceria com a Secretária de Educação, para garantia de vaga no 3º ano do Ensino Médio	Assistente social
	2ª via dos documentos	Parceria com SEJUV	Técnica de referência

Neste caso em específico, não destacaremos potencialidades, não houve a conclusão das ações prevista na Tabela 2.B. Percebemos o quanto o vínculo e a atenção da família se fazem necessário para o êxito do cuidado em saúde mental. Para um cuidado integral, a abordagem familiar é fundamental. Ela deve estar comprometida com o rompimento, com a lógica do isolamento e da exclusão, fortalecimento da cidadania, protagonismo e corresponsabilidade (BRASIL, 2013).

TABELA 3B

AVALIAÇÃO	
Fragilidade	Ausência de suporte familiar; Ações previstas para o plano de cuidado, não foram eficaz e resolutiva, não contemplou a especificidade do caso.

Caso C:

Carlos, paciente do sexo masculino, 33 anos, diagnóstico de Esquizofrenia desde os 21 anos, sendo a primeira crise aos 19 quando ingressou no exército. Histórico de diversas internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Iniciou acompanhamento no CAPS há um ano, após alta da última internação, na qual havia tentado suicídio por enforcamento devido ao quadro psicótico em que as vezes o ordenavam que realizasse o ato. Quando em crise, Carlos fica agitado quebra objetos em casa e fica agressivo com os pais. Em certa ocasião, quando trazido ao CAPS para uma consulta de urgência, Carlos agrediu os pais fisicamente, chegando a provocar sangramento nasal em seu genitor. Em outra ocasião agrediu a mãe, sendo necessário a realização de sutura na face.

Seus pais são idosos. Tem uma irmã mais velha, porém está não se envolve nos cuidados de Carlos. Segundo sua mãe, a irmã é casada, tem filhos pequenos e além da falta de tempo, teme por sua integridade física e de seus filhos.

Durante internações no CAPS, Carlos apesar de muito psicótico, nunca apresentou agitação e ou agressividade contra nenhum membro da equipe ou demais pacientes. Apresenta embotamento afetivo, porém quando estimulado a participar de alguma atividade em grupo, não apresenta resistência. Por duas vezes ao receber alta para casa, Carlos retornou em seguida trazido pelos pais com a queixa de que ainda estaria apresentando sinais de agressividade.

Tabela 1.C

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVO	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEL
Recorrentes crises e internações psiquiátricas	Avaliar dinâmica familiar; Observar a comunicação; Identificar as atividades que os familiares realizam na rotina a fim de propor inclusão do paciente;	Visita domiciliar	Técnica de Referência
	Realizar escuta terapêutica do usuário e familiares; Identificar os recursos utilizados para controlar a crise; Avaliar os riscos (paciente, familiares e terceiros)	Acompanhamento em regime intensivo no CAPS	Toda equipe
Dificuldade de manejo na situação de crise	Restabelecer a confiança mútua;	Orientações de manejo.	Técnica de referência
Reside longe do CAPS /	Garantia de cuidado no território	Articulação com a USF e NASF	Técnica de referência
Impossibilidade de Intensivo e participação em Oficinas e grupos no CAPS.	.Atividade física na Academia ao Ar livre, que está localizada na USF	Discussão de caso com o NASF, através do Educador físico a fim de pensar	Técnica de referência

	da área, futebol e caminhada.	em atividades para reinserção social; Identificar próximo a residência serviços comunitários de apoio; Identificar habilidades que possam estimular o seu desenvolvimento.	
--	-------------------------------	--	--

A construção do seu Projeto Terapêutico Singular, se deu durante o período de internação no CAPS. A equipe entendia que a apresentação do paciente por vezes era divergente da informação prestada pelos pais. Seria necessário, conhecer a dinâmica familiar, verificar condições de moradia, observar o manejo dos pais, a rotina, para que de maneira empática, fosse possível colaborar na reconstrução da confiança, do vínculo, do fortalecimento do afeto e do cuidado, para que Carlos pudesse retornar para a sua família. Dessa forma, o que se almeja não é simplesmente a transferência da pessoa com sofrimento mental para fora dos muros do hospital, entregando-o aos cuidados de quem puder assisti-lo ou largando-o à própria sorte. As mudanças que ocorrem na rotina e ambiente familiar provocadas pelo paciente portador de transtornos mentais causam alterações que necessitam de adaptação e reorganização visando o cuidado e apoio ao paciente. Assim, torna-se relevante utilizar a estratégia das visitas domiciliares com o intuito de verificar tais alterações e oferecer suporte a essas famílias. (PEREIRA, CÉZAR, REISDORFER:2014)

Podemos considerar que as ações de construção do seu PTS se deram a partir da discussão de caso na equipe. Cada profissional que o acompanhava durante a internação, contribuiu através dos relatos de observação do comportamento de Carlos em momentos diferenciados, seja no espaço de convivência com demais pacientes, seja individualmente quando lhe abordado para as medicações, verificação dos sinais vitais, para as alimentações, quando lhe orientado quanto a higiene pessoal e dentre outras atividades, por

fim, quando ele próprio solicitava apoio da equipe manifestando algum desconforto, seja prisão de ventre, dores e até mesmo alucinações.

A primeira ação pensada pela equipe foi de acompanhar as visitas. Observamos que a mãe, sempre apresentou um maior vínculo afetivo, sendo esta quem o visitava sempre que solicitamos. Na sua primeira visita, orientamos que estaríamos acompanhando para observação de seu comportamento junto a família. A mãe não demonstrou medo, de maneira carinhosa foi logo lhe oferecendo um abraço, passando as mãos em seu cabelo e observando que havia crescido, bem como sua barba. Ela lhe havia levado salgadinhos de sua preferência e refrigerante. Carlos estava nitidamente satisfeito, não realizou nenhuma menção quanto a alta para a casa, estava calmo da mesma forma que se apresentava quando somente com a equipe. Este acompanhamento se deu em algumas outras visitas, sendo acordado que na alta para casa, realizaríamos esta ação no domicílio. Quando o foco é a família, torna-se fundamental a abordagem que vai além das dificuldades e de soluções previamente estabelecidas. Assim, uma ação de fortalecimento dos cuidados familiares à pessoa com sofrimento psíquico, não deve estar apoiada naquilo que falta; pelo contrário, a ação deve nascer do que existe de recursos e fortalezas em cada família. Esse modo de ver e cuidar pode representar um importante princípio orientador que estimula a participação da família no processo de enfrentamento de dificuldades, quaisquer que elas sejam. (BRASIL, 2013)

Na visita domiciliar, todos os membros estavam presentes. O pai foi receptivo, porém deixou muito claro sua preocupação com relação ao atendimento na situação de crise. Fez algumas críticas com relação ao fluxo de atendimento de urgência e emergência, sendo elas; apoio do bombeiro, atendimento em UPA e telefones do CAPS que segundo ele: “toca, toca, toca e ninguém atende”. Para esta dificuldade, lhe foi oferecido os números particular dos celulares das técnicas que realizavam a visita, sendo nesta ocasião a assistente social que ora realiza este estudo e a psicóloga que compõe a equipe multidisciplinar do CAPS III.

Carlos acompanhou a visita por pouco tempo, solicitando retornar para seu quarto, justificando que não estava se sentindo bem, queixava-se de diarreia dificuldade para engolir e dores no corpo. Não estava diferente de como se apresentava nas internações, tranquilo, colaborativo, porém pouco comunicativo apresentando apenas respostas curtas. Informou que estava bem, com exceção da diarreia. Quando lhe questionado se gostaria de praticar algum esporte, informou que sim. Diante da sugestão de alguns esportes e ou atividades físicas, Carlos respondeu que gostaria de fazer caminhada, ou futebol.

Os pais se mostraram empenhados por colaborar no PTS. A mãe informou que conforme havia sido por nós orientada, ela foi até associação de moradores, conversou com o presidente quanto a possibilidade de projetos que incluam pessoas com transtornos mentais e afirmou que começará a participar das reuniões, sensibilizada que hoje ela é a voz de Carlos.

Quando da visita domiciliar em que Carlos realizou as queixas clínicas, nos dirigimos até a unidade de saúde a fim de discutir o caso pessoalmente e solicitar um atendimento médico domiciliar especialmente neste momento em que estava nitidamente com a saúde fragilizada. O contato se deu com a médica da área. Ela não o conhecia, se mostrou atenta e interessada no caso, porém a visita domiciliar que havíamos solicitado, não aconteceu, demonstrando que ainda hoje existe uma resistência por parte dos profissionais da saúde em acompanhar a pessoa com transtorno mental. Como Carlos necessitava do atendimento médico, a mãe o levou até a unidade de saúde, onde foi consultado.

Uma observação importante, é que Carlos reside no extremo do território, há uma distância aproximada de 13km do CAPS e o único meio hoje possível para acessar as oficinas e atendimentos, são de carro. O pai, que é idoso tem dificuldades para leva-lo em regime intensivo ou mesmo semi-intensivo. Para esta dificuldade, compartilhamos o caso com a Estratégia de Saúde da Família que é um dispositivo da rede de atenção em saúde mental potente para promover a radicalidade da desinstitucionalização, proposta pelo movimento de maior vanguarda da Reforma Psiquiátrica, por permitir um cuidado comunitário e no território, centrado nas pessoas e em seus contextos, social e familiar, juntamente com o NASF, serviço de apoio regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Na Saúde Mental, o NASF funciona como uma retaguarda multiprofissional de cuidado, de suporte técnico-pedagógico (Educação Permanente em Saúde) à ESF, vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto aos profissionais e à população. (OLIVEIRA, 2017)

Nosso caso C, segue em acompanhamento regular, faz uso adequado das medicações e seus últimos acolhimentos no CAPS III, se deram como estratégia de preservação deste vínculo e não se tratando propriamente de crise.

TABELA 2.C

AVALIAÇÃO	
Potencialidade	Preservação do vínculo familiar;

	Trabalho em rede.
Fragilidade	Distância do CAPS, dificuldade de acesso.

A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), destes três casos, possibilitou a participação, a análise da situação, a reinserção e a construção de autonomia para o usuário e família. A partir destas intervenções elegemos como potencialidade o trabalho em rede, o cuidado integral, uma vez que o caso que obtivemos o melhor resultado, foi também o caso em que profissionais do CAPS estavam em sintonia com a equipe da Atenção Básica e da Assistência Social (CRAS). O impacto da Rede de Atenção Psicossocial deve ultrapassar a dimensão biológica e atingir a vida, a existência, o cotidiano das pessoas que apresentam necessidades na área da saúde mental. De modo que a constituição da RAPS poderá permitir a superação paradigmática: a desinstitucionalização do louco, da loucura e de qualquer outro dispositivo que possa promover a institucionalização de pessoas. (OLIVEIRA, 2017)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as estratégias apresentadas não sejam propriamente inovadoras, que o PTS já acontecia e era uma prática do CAPS III Vila Almeida, a análise da intervenção evidenciou que através da humanização, do conhecimento, do vínculo, da convivência, da discussão dos casos e reflexão sobre transtornos mentais que é possível a quebra de paradigmas, a introdução de novos conceitos e saberes e a própria inovação no cuidar.

Evidencia-se ainda que as ações do PTS não se esgotam, sendo necessário um olhar atento do profissional que acompanha o processo. Que embora ainda vivenciamos um modelo no qual se caracteriza pela busca de respostas imediatas visando à cura, remetendo ao modelo biomédico e que ainda há estigma por parte das equipes da atenção básica em enxergar demandas de saúde mental, caminhamos em direção a possibilidade de transformação e de qualificação das práticas de cuidado em saúde mental.

Propiciou o entendimento de que a família é a aquela que cuida, mas que também precisa ser cuidada. Em alguns momentos ela ainda se apresentou invisível para a equipe, solicitada apenas a se responsabilizar pelo sujeito em sofrimento psíquico, desconsiderando a ideia de que pode se apresentar em diferentes posições quando se trata do cuidar em saúde mental.

A participação neste curso de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, impactou de maneira surpreendente a leitura e o entendimento acerca do cuidado em Saúde Mental, considerando que até então, buscava-se e acreditava-se na uniformidade de resultados, onde a expectativa era por evidências de respostas positivas frente ao acompanhamento do sujeito, busca essa, por vezes contaminada de um desejo de um satisfazer profissional. A transformação do olhar profissional, fruto das pesquisas, discussões e estudos realizados, hoje, nos leva a concluir e acreditar que, o geral deu lugar ao peculiar, a fórmula ou receita preconcebidas ou impostas, ao ingrediente que cada caso requer; ou seja, não há que se falar em condutas ou procedimentos engessados, tampouco resultados comuns, quando se trata de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORBA L.O.; PAES M.R., GUIMARÃES A.N.; LABRONICI L.M.; MAFTUM M.A. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar** Rev Esc Enferm USP 2011; 45(2):442-9 www.ee.usp.br/reeusp/
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: 2. ed., 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. n. 01/03
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
- CARVALHO L.G. P. de; MOREIRA M.D.de S.; RÉZIO L.de A.; TEIXEIRA N. Z. F. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações**. 2012. Disponível em
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf
- CAVALCANTI, M. T. **Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2005.
- DIAS, M. K. (2011). **A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(4), 2155-2164. Disponível em
<https://www.scielo.br/j/csc/a/fZwTB9cDpSyvJSnYBsZ7Shw/abstract/?lang=pt>
- JIMENEZ, L. (2011). **Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade**. *Psicologia & Sociedade*. 23(Spe), 129-139.
» <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>
- MITKIEWICZ F. de S; CARVALHO M. C. de A.; VALÊNCIA E.; SILVA T. F. C. da; DAHL C. M.; CAVALCANTI M. T. **Acompanhamento de pacientes do espectro esquizofrênico no território: adaptação da intervenção para períodos de transição** (“Critical Time Intervention”) para o contexto brasileiro em Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/J4WnXtbvPKR4mnVrKyyWMcS/?format=pdf&lang=pt>

NOBRE, L.L.R.; et al. **Abordagem familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Uma Experiência de cuidado interdisciplinar**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações. ago./dez. 2014, v. 12, n. 2, p. 458-468.

OLIVEIRA E.C, MEDEIROS A.T., TRAJANO F.M.P., CHAVES N. G, ALMEIDA S.A., ALMEIDA L.R. **O cuidado em saúde mental no território**. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.2017

<https://www.scielo.br/j/ean/a/z5XwdsmszGVFBdGKZnNGtCf/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20ESF%20%C3%A9%20um%20dispositivo,seus%20contextos%2C%20social%20e%20familiar.>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Livro de Recursos da OMS sobre **Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. 2005.

PAES M.R., MAFTUM M.A. **Dificuldades da equipe de enfermagem de um hospital geral no cuidado ao paciente com transtorno mental**. Recife, 2013
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13675/16567#>

PEREIRA S.S.; CÉZAR J.G. S.; REISDORFER E.; CARDOSO L. **Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial**. 2014. Florianópolis.
<https://www.redalyc.org/pdf/2653/265331691014.pdf>

PINTO D.M.; JORGE M.S.B., PINTO A.G.A., VASCONCELOS M.G.F., CAVALCANTI C.M, FLORES A.Z.T. et al. **Projeto Terapeutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGwqgWKYZSzH8xdpxcqH/abstract/?lang=pt>

RIBEIRO, A. M. (2005). **Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos**. *Psicologia USP*, 16(4),3556. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pusp/a/hGDJS7xXHdWJLP9mJp5GLnn/?lang=pt>

SILVA F.S.; FERREIRA C.B.; SANTOS Y.L.Q. **Descrições do processo saúde-doença-cuidado na perspectiva de usuários de um centro de atenção psicossocial**. REFACS. 2018. Disponível em » <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v6i4.3290>

SOUZA M.S. de S.; MAKILIM N.B. **Associações entre suporte familiar e saúde mental**. *Psicol. Argum.* 2008. Disponível em:
<file:///C:/Users/atend.capspt/Downloads/19753-Texto%20do%20Artigo-8545-34065-10-20170904.pdf>

ANEXO B: FORMULÁRIO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - VERSO

7. FRAGILIDADES IDENTIFICADAS.

8. ESTRATÉGIAS E PLANO DE AÇÃO PARA AS FRAGILIDADES IDENTIFICADAS

9. IMPRESSÃO DO CASO E DAS ESTRATÉGIAS.

10. CRONOGRAMA DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS

DATA	PROBLEMA/DEMANDA	OBJETIVO	AÇÕES	RESULTADO
Técnico de referência	Data do PTS	Médico Assistente	Data da Consulta	