

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA PAULA MARTINS

**O PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR NO CUIDADO AO USUÁRIO DO CAPS I:
ESTRATÉGIAS PARA A CONSTRUÇÃO EM EQUIPE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANA PAULA MARTINS

**O PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR NO CUIDADO AO USUÁRIO DO CAPS I:
ESTRATÉGIAS PARA A CONSTRUÇÃO EM EQUIPE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Ana Paula Trombetta

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **O PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR NO CUIDADO AO USUÁRIO DO CAPS I: ESTRATÉGIAS PARA A CONSTRUÇÃO EM EQUIPE** de autoria da aluna **ANA PAULA MARTINS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Ma. Ana Paula Trombetta
Professora Orientadora

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este meu trabalho a todos que estiveram comigo nesta caminhada.

A meus pais (Vilma e Nelson) e minha irmã (Vanessa) pelo companheirismo, amor e por incentivar sempre meu crescimento profissional e pessoal.

A todos os pacientes com sofrimento psíquico que tenho oportunidade de conviver, a cada dia trocamos experiências seja aprendendo ou ensinando.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter concedido a mim, a oportunidade de estar concluindo o curso de especialização em linhas de Cuidado de Enfermagem em Atenção Psicossocial da UFSC.

A minha tutora e orientadora Ana Paula Trombetta agradeço pelo carinho, compreensão e dedicação que demonstrou em todo o curso, obrigada pela oportunidade de ser sua orientanda.

A todos os meus colegas de curso e professores dos encontros presenciais sou imensamente grata pelo convívio, troca de experiências e crescimento mútuo.

Em especial ao meu sobrinho João Pedro que amo muito, minha razão de viver e a que está a caminho, seja bem vindo meu anjo!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2.1 Papel do CAPS e sua modalidades.....	4
2.2- O Projeto Terapêutico Singular e o Trabalho em Equipe.	5
3 MÉTODO.....	8
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS I	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I
CAPS II	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II
CAPS III	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III
CAPS AD	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
CAPS I	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL
NASF	NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RESUMO

Antes da reforma psiquiátrica o atendimento a portadores de sofrimentos psíquicos eram realizados em hospital psiquiátricos, em regime manicomial. Após a reforma houve o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, visando um tratamento integral em atividades extra hospitalares, buscando promover a autonomia e reinserção social dos pacientes em seu território. Este trabalho teve como objetivo elaborar estratégias para implantação do Projeto Terapêutico Singular junto à equipe multiprofissional em um CAPS I de uma cidade de Minas Gerais, com o intuito de oferecer um atendimento integral, humanizado aos usuários do programa. Trata se de uma tecnologia de concepção com base em dados e exploração textual. Foram realizadas duas reuniões em equipe para a implementação e desenvolvimento da atividade. Ficou acordado a realização de reuniões semanais para a criação do PTS. Verifica-se alguns fatores dificultadores encontrados pela equipe para sua construção, como a falta de estrutura física, rotatividade de profissionais no serviço e ausência do médico nas reuniões. Acredita se que após a implantação do programa, houve uma maior adesão ao tratamento pelos usuários do CAPS. Esse foi apenas o primeiro passo para gerar uma mudança positiva na equipe, nos pacientes e profisasionais, acredita-se ainda que há muito a ser avançado e aperfeiçoado.

Palavras-chave: Assistência em Saúde Mental, Equipe de Assistência ao paciente; Planejamento da Assistência.

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental passou por diversas mudanças nas últimas décadas. Um marco de tais mudanças foi à reforma psiquiátrica e com ela houve o surgimento de serviços substitutivos caracterizados por oferecer tratamento extra-hospitalar com propósito de desenvolver a autonomia do usuário e sua inserção na sociedade.

Conforme a portaria nº 3088 de 23/12/2011 Art. 1º: Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Entretanto para que o serviço seja implantado nos municípios faz-se necessário seguir os critérios da portaria nº 336 de 19/03/2002, com o intuito de ofertar um tratamento que possa atender a demanda dos usuários de forma resolutiva.

Na composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estão os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que oferece um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos especializados ao atendimento de usuários que possuem transtornos mentais em seu território ou próximo dele.

O CAPS é um dispositivo que compõem a rede de atenção psicossocial e trata pacientes com transtornos mentais graves, severos e persistentes. Está localizado próximo a comunidade, pois visa a melhor forma de inclusão do usuário, bem como busca trazer a família como parceira neste momento de cuidar. Com base na portaria nº 336, as atividades ofertadas ao usuário que frequenta o CAPS devem ser planejadas através de um projeto terapêutico singular (PTS).

Para que o PTS seja efetivo deve-se levar em conta aspectos como: considerar o contexto e necessidade do local; ser centrado na pessoa que realizará as atividades; ser flexível e com reavaliação periódica; deve articular recursos de ações executadas; ser construído de forma compartilhada e ser definido através de metas com tempo de duração previamente acordado com o profissional de referência, familiar e usuário (BRASIL, 2009).

Para que a equipe consiga desenvolver o PTS de maneira adequada, é fundamental que a mesma trabalhe de maneira conjunta e que todos os profissionais participem da elaboração do PTS de cada usuário, observando a subjetividade e necessidade que envolve essa construção.

A equipe antes de definir o caso deve ser estimulada a qualificar os espaços coletivos de reunião. Criar possibilidades no seu cotidiano, espaços na agenda, pactuar na própria equipe, com a gestão e com a população, utilizando o PTS como dispositivo. Essas medidas poderão ampliar a capacidade de resolução da equipe e dos serviços a serem prestados. Para isso, a equipe e a gestão devem construir uma forte argumentação para convencer-se e convencer os demais sujeitos da importância de “parar” para discutir casos, mesmo com todo “excesso de demanda” que chega aos serviços todos os dias (LOPES, 2012).

Mediante as mudanças ocorridas no campo da saúde mental, faz-se necessário desenvolver estratégias que promovam a autonomia do portador de sofrimento psíquico e sua inserção na sociedade. Identifica-se o PTS como um instrumento norteador para o desenvolvimento destes, pois por meio dele é possível desenvolver um conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, através de programas específicos direcionados para a recuperação do usuário, desenvolvimento de sua autonomia desde a admissão até a sua alta.

Segundo Boccardo et al (2011), o projeto terapêutico deve ser um instrumento capaz de atender as demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado.

O projeto terapêutico deve compor modelos assistenciais que rompam com as formas excludentes de tratamento ao portador de distúrbio mental. Portanto, esse projeto precisa ir na direção da reabilitação psicossocial, proporcionando o desenvolvimento do sujeito como ator principal de sua vida e de seu tratamento, com direitos sociais. O CAPS precisa ter o compromisso de inverter o modelo manicomial, asilar e excludente, e funcionar como um mediador de ações que possibilitem a reabilitação e inserção social dos sujeitos (KANTORSKI, 2010).

Enquanto coordenadora e enfermeira do CAPS I de Candeias, observo que a construção do PTS é um grande desafio. Os profissionais mostram-se resistentes às reuniões, à discussão de casos e elaboração dos projetos em equipe, onde essa prática ocorre de maneira fragmentada.

Por acreditar que o principal desafio deste projeto será construir junto à equipe estratégias para elaboração do projeto terapêutico singular dos usuários do CAPS, o presente estudo apresenta como pergunta de pesquisa: Quais estratégias serão construídas junto a equipe multiprofissional do CAPS I de uma cidade de Minas Gerais para a elaboração do projeto terapêutico singular aos usuários?

O objetivo geral desse trabalho se propõe a construir junto à equipe multiprofissional estratégias para a elaboração do projeto terapêutico singular aos usuários do CAPS I de uma cidade de Minas Gerais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Papel do CAPS e suas modalidades

A reforma psiquiátrica traz como proposta a construção de um modelo psicossocial voltado para atendimentos humanizados que promovam a autonomia do portador de sofrimento mental e sua inserção na sociedade.

Os CAPS possuem valor estratégico para a Reforma, pois antes da mesma ocorrer, o portador de sofrimento psíquico era institucionalizado em hospitais psiquiátricos sendo privado do convívio social, sofrendo ruptura dos laços familiares. Verifica-se que a criação destes serviços passa a demonstrar a possibilidade da organização de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico visto que estes serviços ofertam tratamento e condições para o desenvolvimento da autonomia e inserção do portador de sofrimento mental na sociedade.

Segundo as Políticas de Saúde Mental vigentes, o CAPS apresenta como função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos. Além disso, visa promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais. Busca ainda, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica organizando dessa forma a rede de saúde mental (BRASIL, 2005).

Conforme a Portaria 336/ GM de 19/02/2002 os CAPS são classificados entre CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e Caps AD sendo implantados conforme perfil epidemiológico do município e número de habitantes.

O CAPS I fornece atendimentos a usuários que apresentam transtornos mentais graves, severos e persistentes, transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas para uma população de 20.000 a 50.000 habitantes e realiza suas atividades em dois turnos das 08 horas às 18 horas. (BRASIL, 2002).

O CAPS II é um serviço de médio porte que oferece cobertura a municípios com mais de 70.000 habitantes os atendimentos são realizados conforme os descritos pelo CAPS I podendo funcionar em três turnos. (BRASIL, 2002).

O CAPS III também realiza atendimentos a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo dependentes do álcool e outras drogas sendo um serviço de atenção contínua funcionando 24 horas inclusive sábado, domingo e feriado. É indicado para regiões com uma população acima de 200.000 habitantes. (BRASIL, 2002).

O CAPS i é um serviço de atenção psicossocial especializado nos atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, constituindo-se como referência a uma população superior a 150.000 habitantes, seu horário de funcionamento é das 08 às 18 horas podendo se estender para um terceiro turno até as 21 horas (BRASIL, 2002).

Usuários que necessitam de atendimento devido ao uso de álcool, drogas e substâncias psicoativas são atendidos no CAPS AD que operacionaliza os serviços em municípios com população acima de 70.000 habitantes funcionando em dois turnos. Em municípios de maior porte com população além de 200.000 habitantes pode se implantar o CAPS AD III que funciona 24 horas e atendem o mesmo perfil da clientela descrita. (BRASIL, 2002).

Os critérios para a inclusão do usuário nestes serviços devem considerar o grau de autonomia ou dependência para cuidados pessoais, trabalho, moradia, lazer, cultura e rede social. As estratégias de intervenção são planejadas, possuem objetivos estabelecidos no projeto terapêutico singular e devem ser avaliadas periodicamente por toda equipe (ABUHAB et al, 2005).

2.2- O Projeto Terapêutico Singular e o Trabalho em Equipe.

O Projeto Terapêutico Singular - PTS é definido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. É uma reunião de toda a equipe onde as opiniões são

importantes para ajudar a entender o Sujeito com a demanda do cuidado em saúde (BRASIL, 2008).

Para que o PTS seja construído é preciso que a equipe esteja disposta a dialogar, trocar opiniões, estar aberta a críticas e em conjunto sejam traçados as ações e objetivos que se pretendem alcançar no tratamento do usuário. Vale ressaltar que a participação do portador de sofrimento e familiares na construção do PTS é de extrema importância para adesão e êxito nos resultados (MÂNGIA, et al. 2006).

A definição de trabalho em equipe é considerada como a capacidade de participar coletivamente da construção de um projeto comum de trabalho, num processo de comunicação que propicie as trocas. Assim, não é limitado apenas a aplicação de conhecimentos técnicos, aliás, indispensáveis; o desafio é aprender a atuar coletivamente, sem se refugiar nos interesses corporativos ou individuais (SOUZA, M. E, et al, 2006).

Nesse sentido e devido à particularidade desses serviços, a atenção à saúde deve estar em harmonia entre trabalhadores e usuários, buscando a participação da família e de cada membro da equipe para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos. Estes devem ser individualizados e incluir a participação do usuário, respeitando suas escolhas e limites visando à inserção social e a melhor qualidade de vida (MÂNGIA, et al. 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) o projeto terapêutico singular é definido como um conjunto de ações terapêuticas, resultantes de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar. É um instrumento que ultrapassa o paradigma médico, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico. A construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social. Este é um processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo e inclusão social. Além disso, esse processo visa atingir mudanças sustentáveis, ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde por meio da ativação de recursos exteriores a eles (BOCCARDO et al., 2011).

O trabalho em equipe em saúde apresenta-se como “uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos e desejos”. Trabalhar em equipe implica em se relacionar, no

sentido de desenvolver uma tarefa em conjunto, tendo esta que ser maior do que a soma das parcelas de trabalho de cada um da equipe (FILIZOLA et al., 2008).

A ideia anterior é compatível com Lopes (2012), onde afirma que fazer PTS deve ser um processo de construção conjunta envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) ao redor de uma situação de interesse comum. É imprescindível haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilidade entre os sujeitos no PTS. Experiências constataam que o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando à resolução de casos complexos (LOPES, 2012).

De acordo com Diniz (2013), para a elaboração do PTS é necessário desenvolver quatro etapas, sendo elas:

1 - Diagnóstico (pautado na visão multiprofissional e da clínica ampliada): inclui uma avaliação psicológica e social que permita uma conclusão a respeito dos riscos e vulnerabilidade do indivíduo, a equipe deve tentar captar a singularidade frente às doenças, desejos, os interesses, a família, a rede social, identificando não só os problemas, mas potencialidades presentes.

2-Determinar metas: quais ações são demandadas à equipe no cuidado ao usuário, sendo que estas serão negociadas por um membro da equipe que possui maior vínculo com usuário podendo ser a curto médio ou longo prazo.

3- Divisão de responsabilidade: definir a responsabilidade de cada profissional da equipe e realizar pactuação. Essa divisão procura favorecer a articulação e formulação, ações reavaliações e promover a dinâmica de continuidade do PTS.

4- Reavaliação: momento para propor nova discussão do caso e alterações necessárias para promover a resolubilidade do caso em questão.

Mesmo estando claro na literatura e existindo passos/etapas bem definidas, a elaboração do PTS ainda é um grande desafio devido à resistência dos profissionais, a grande demanda do número de atendimento e para como a elaboração requer tempo, a dedicação de todos os envolvidos neste processo ainda não ocorre de maneira completa e desejada.

3 MÉTODO

Para o desenvolvimento desta temática proposta foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema abordado, revisando conceitos importantes para sua delimitação. Foi realizada uma busca no Google acadêmico, Scielo, Bvs, Ministério da Saúde através das palavras Saúde mental, Projeto terapêutico singular, trabalho em equipe, assistência ao paciente e os textos identificados serviram de subsídios para a fundamentação deste estudo.

Assim o trabalho se caracteriza por uma tecnologia de concepção, com base em dados e exploração textual (livros, artigos e periódicos).

O CAPS I de Candeias foi implantado em 2006, de acordo com o critério populacional referente a 20.000 habitantes. Está situado em uma avenida de fácil acesso, em imóvel alugado e adaptado, pois o município aguarda a liberação do incentivo financeiro para a construção da sede própria.

A instituição presta atendimento à população que se encontra em sofrimento psíquico, que apresenta transtornos decorrentes ao uso de álcool e outras drogas na faixa etária entre 0 a 110 anos de idade. Ainda, são atendidos usuários por demanda espontânea ou aqueles que são encaminhados pela rede de atenção do nosso município e conveniados, pois prestamos atendimentos a dois municípios conforme acordo firmado entre os gestores municipais. A equipe do CAPS I é composta por 01 auxiliar de serviços gerais, 03 psicólogas, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 médico com especialização em saúde mental, 01 artesã/recepcionista, 01 assistente social e 01 coordenadora. Os profissionais que compõe a equipe realizam o trabalho de maneira individual. Os cuidados aos usuários inseridos no serviço ocorrem, porém de forma não sistematizada. Os casos são discutidos quando um profissional avalia a necessidade da intervenção do outro, entretanto não há reuniões em equipe para elaboração dos PTS e para definições quanto a conduta terapêutica dos usuários.

O serviço oferece atendimento individual, atendimento familiar, atendimento em grupos, oficinas de artesanato, laborterapia, atividades física com o educador físico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Além disso, são realizadas visitas domiciliares, atendimento a situações de crise, busca ativa dos que abandonam o tratamento e incentivo a participação da

família no junto ao tratamento do usuário. Contamos como parceiros a Rede da Atenção a Saúde (RAS) do município que é composta por: seis equipes de atenção básica, uma porta hospitalar de atenção à urgência e uma equipe do NASF .

Falando agora especificamente sobre a equipe que atua no CAPS, algumas temáticas importantes são discutidas entre os profissionais como: acolhimento, matriciamento das equipes de atenção básica, elaboração do projeto terapêutico singular. Porém, a equipe relata ter uma grande demanda de atendimento e dessa forma não possui disponibilidade de tempo para a elaboração dessas atividades.

Diante do exposto, foi identificada a necessidade de trabalhar com a temática da construção do PTS, que considero relevante para a prática profissional que atuo.

Com o objetivo de integrar a equipe nesse projeto, criaram-se como plano de ação duas oficinas na própria unidade, com duração de 04 horas cada. A convocação foi realizada com uma semana de antecedência para conhecimento e participação de todos os profissionais. A primeira oficina foi realizada em 08/10/13 abordando a parte teórica da construção do projeto terapêutico singular com o intuito de incentivar a reflexão e estimular o desenvolvimento do projeto terapêutico singular.

A segunda realizou-se em 22/10/13 aplicando a teoria à prática para que todos os membros da equipe tivessem a experiência da construção do PTS. Em ambas as oficinas, utilizou-se como material auxiliar o uso de PowerPoint.

Na abertura do primeiro encontro foi apresentado um vídeo motivacional referente ao Guia em Saúde Mental do Ministério da Saúde e Enfermagem Módulo IX: Projeto terapêutico Singular na Clínica da Atenção Psicossocial. Foram abordados conceitos do PTS, bem como a importância e etapas de construção do mesmo. Após os trabalhos, os profissionais observaram a necessidade de construção do PTS para ofertar um cuidado integral e de qualidade aos usuários do CAPS visto que também avaliaram a importância da participação dos mesmos e dos familiares. Definiu-se que em nosso segundo encontro a teoria seria colocada em prática e como sugestão da equipe, seria elaborado o PTS dos novos usuários ingressos na instituição a partir 09/10/13 e dos pacientes em permanência diária na unidade (casos graves).

Na segunda oficina foram desenvolvidos seis projetos terapêuticos que depois de elaborados, o técnico de referência de cada usuário buscou discutir com os pacientes e familiares às ações a serem desenvolvidas e posteriormente avaliadas.

Os resultados foram avaliados e descritos através de relato de experiência a partir das oficinas realizadas, bem como através da observação da assistência dos profissionais.

É importante destacar que, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) uma vez que manipula com dados de livre acesso e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Após a realização da primeira oficina no intuito de despertar a reflexão e discussão sobre o PTS a equipe mostrou-se aberta à sua elaboração. Não posso deixar de mencionar que para a criação dessa estratégia houve um reajuste financeiro e aumento da carga horária para as psicólogas, fator este que contribuiu significativamente para permitir com que as reuniões pudessem ser realizadas semanalmente para discussão dos casos e a construção dos PTS.

Mediante esta necessidade de reajuste e desenvolvimento de ações prioritárias para a formulação do PTS com objetivo de ofertar um atendimento de qualidade houve um aumento de 10 horas semanais em suas cargas horárias e conseqüentemente um acréscimo salarial proporcional a esta jornada de trabalho.

No primeiro encontro houve participação, diálogo e interação entre os membros da equipe exceto a presença do médico da unidade que alegou não ter disponibilidade devido à carga horária para participar das reuniões. A ausência deste profissional poderá ser um fator dificultador para o vínculo entre a equipe, para a troca de informações e discussão dos casos. Foram estabelecidos dias fixos para as reuniões que aconteceram todas as sextas-feiras das 12 às 16 horas. Especificamente nestes dias, a profissional assistente social se prontificou a alterar o horário de trabalho para o período vespertino permitindo assim a participação desta na elaboração do PTS juntamente com a equipe. Neste período não haverá atendimento exceto nos casos de urgência e emergência.

Para os novos usuários inclusos no serviço definiu as seguintes etapas: o acolhimento com escuta qualificada; à abertura do prontuário; o exame físico que é realizado pela enfermeira do CAPS; a avaliação dos demais profissionais e a identificação de suas necessidades. O acolhimento pode ser realizado por qualquer integrante da equipe e o exame físico (anamnese) é realizado pela profissional de enfermagem da unidade.

Referente aos casos a serem discutidos foi estabelecido que qualquer membro da equipe multiprofissional possui autonomia para colocar em pauta o que se pretende discutir e quais necessitam da construção de um PTS. Quanto à escolha do técnico de referência para coordenação do PTS, este se dá por meio do vínculo estabelecido entre usuário/família e profissional, permitindo assim uma relação de confiança entre ambos sendo ele o articulador e vigia deste processo. Contudo não só o profissional de referência tem a liberdade de modificar o projeto, como todos os profissionais que acompanham esse usuário, sempre tendo em vista as opiniões e preferências dos usuários.

O estabelecimento do vínculo alicerça a criação de uma relação de compromisso entre a equipe, usuários e familiares. O vínculo quando criado possibilita uma parceria, pautada pela sinceridade e responsabilidade e permite que seja ofertado um atendimento que abarque as necessidades dos usuários e de suas famílias, assumindo caráter de equipe. Logo, essa estará mais sensível à escuta atenta e à identificação de vulnerabilidades e riscos, possibilitando a construção de intervenções terapêuticas que realmente estejam de acordo com as necessidades elencadas (Carvalho et al, 2012).

Na segunda reunião, foi proposta pela psicóloga o exercício da construção de um PTS e que essa construção fosse algo mais complexo, porém que possibilitasse a construção em conjunto. Essa atividade foi interessante, pois diferente de como era realizado, a assistência e combinação foram realizadas por todos os profissionais presentes. Esse fato favoreceu a união do grupo, olhares diferentes sobre o mesmo paciente e uma negociação para que os objetivos em relação ao tratamento fossem únicos e estabelecidos por todos.

A proposta da psicóloga vai de encontro como estudo de Linassi et al, (2011) onde afirmam que para a elaboração do PTS deve-se inicialmente escolher os casos de maior dificuldade e gravidade, aqueles que já foram submetidos a várias abordagens e não tiveram o prognóstico esperado.

Borowski et al, (2009) menciona em seu trabalho que na elaboração de um PTS, deve-se instituir o gerenciamento do caso, ou seja, definir uma equipe ou um profissional para se responsabilizar das articulações necessárias para sua construção. Este profissional discutirá com a equipe e familiares sobre as necessidades dos serviços. Além disso, promoverá reuniões e

reavaliará as intervenções e as necessidades de atenção por meio de todos os serviços e instituições dentro da rede de saúde e fora dela.

Outra atividade realizada foi organizar o PTS de forma a visualizar o diagnóstico situacional; elaboração de metas e divisão de responsabilidades; prazos específicos conforme cada projeto e reavaliação dos mesmos. Essa atividade fez com que os profissionais sentissem a necessidades de matriciamento das equipes de atenção básica.

Esse dado é fundamental, pois a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 traz dentro do artigo 4º como atribuição da equipe de CAPS o matriciamento e capacitação da rede de apoio à saúde mental e que na maioria das vezes fica prejudicada, pois os profissionais alegam sobrecarga do serviço e incapacidade de realizar tal atividade por falta de formação (BRASIL, 2002).

É essencial enfatizar que conforme a diretriz do Ministério da Saúde (2004) para a elaboração do PTS é de suma importância a participação do usuário junto à sua equipe de cuidado, para que seja o principal protagonista do seu tratamento. Inserir-lo no processo de discussão do projeto terapêutico é incentivar sua autonomia e cidadania. É um reconhecimento de que possui capacidade e condições de interferir na sua própria vida, na relação com seu sofrimento e ponderando seus desejos e escolhas (MORAES, 2012).

Durante a reunião para a elaboração dos primeiros PTS, foi observado que a equipe mostra-se empenhada. Cada profissional respeita as contribuições referentes às áreas de conhecimento profissional do colega; as opiniões são discutidas com objetivo de criar um PTS que esteja em concordância com as necessidades do usuário e que sejam aceitas pelo referido e familiares. Dessa maneira o PTS possibilita que a equipe tenha conhecimento sobre o caso em questão (sua realidade familiar e social), o que facilita o atendimento e o diálogo entre os profissionais da(s) equipe(s), contribuindo assim para uma intervenção mais resolutiva.

A reunião foi aqui considerada uma ferramenta importante por se tornar uma possibilidade dos diferentes membros da equipe conhecerem o trabalho do outro e de discutirem os problemas que se apresentam na prática cotidiana da mesma. As soluções para os problemas identificados são negociadas e procura-se construir consensos. Embora sempre provisórios estes buscam refletir os interesses dos profissionais e a opinião da maioria (TIZZIANI et al, 2010).

Pode-se afirmar que os pontos encontrados como dificultador na construção do PTS foram: a ausência do médico nas reuniões, que já foi justificado não é um problema

exclusivamente desta instituição; a falta de uma terapeuta ocupacional para compor a equipe do CAPS I; a estrutura física não apropriada visto que o prédio é locado, logo, a sala de reunião não possui condições favoráveis, pois a mesma divide espaço com a sala onde são realizadas as demais atividades. Ainda, falta de um veículo próprio para a realização das visitas domiciliares também dificulta a construção do PTS, as visitas acontecem quando há carros disponíveis na prefeitura. Outro ponto a destacar é a rotatividade de profissionais, devido à mudança de gestão ocorrida no início deste ano, ocorreu à troca da assistente social, a não renovação do contrato com a terapeuta ocupacional, bem como a contratação de outra recepcionista. Isso é ruim para o serviço pois quebra vínculos já estabelecidos entre estes profissionais e os usuários que frequentam o serviço.

Corroborando com os achados, temos o estudo de Linassi, J et al, (2011) que descreve os mesmos achados e dificuldades que a instituição atualmente enfrenta como a falta de estrutura física adequada, de veículo próprio, comunicação e revela a desintegração da equipe quando ocorre mudança no quadro de profissionais. Estudo realizado por Filizola et al, (2008) relata também a ausência do médico nas reuniões em equipe do CAPS, devido a grande demanda de atendimento e da carga horária insuficiente para a realização das atividades que são determinadas para este novo modelo de cuidado, indo de encontro com a realidade identificada nesse estudo.

Após a realização das oficinas foi possível observar mudanças positivas relacionadas à assistência, bem como foi perceptível um tratamento mais humanizado, integral e sistematizado em relação ao cuidado com o usuário e familiares. Foi possível observar que após a articulação da equipe e criação de alguns PTS, os pacientes considerados graves diminuíram o número de faltas em consultas psicológicas, em oficinas terapêuticas quando comparadas com o mês anterior da implantação do PTS. Ainda, a participação da família e a corresponsabilidade do usuário mostram-se de grande valia para o alcance das metas sugeridas.

Dentre as principais vantagens do trabalho em equipe para elaboração do PTS de acordo com o estudo de Silva et al, (2013) provém do fato de obter-se um maior número de indivíduos atendidos; uma melhor adesão ao tratamento e que o usuário poderá ser um replicador de conhecimentos e atitudes favorecendo ações de pesquisa em serviço, entre outros. Descreve também que o trabalho multiprofissional auxilia para oferecer ao paciente uma visão mais ampla

do problema, dando a ele conhecimento, motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia de implantar o Projeto Terapêutico Singular no Caps I possibilitou colocar em prática a construção de PTS conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Essa experiência permitiu direcionar o planejamento das ações, o desenvolvimento do trabalho em equipe e a divisão de responsabilidade entre profissionais e usuários.

Após a implantação verifica-se que a equipe mostra-se esforçada e disposta à troca de idéias e saberes estando dessa forma mais integrada e coesa em relação ao PTS dos usuários.

Na elaboração dos primeiros PTS constatou-se que a articulação entre a saúde mental e a atenção básica é essencial, pois implica em transformações profundas nas práticas de saúde. Devemos considerar como uma importante estratégia de reorganização da atenção à saúde permitindo e/ou facilitando o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de um tratamento integral, favorecendo a co-responsabilização entre as equipes, promovendo saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente por meio do matriciamento as Equipes de Saúde da Família.

A participação dos profissionais, pacientes e familiares na construção de seu projeto terapêutico proporciona uma assistência integrada, atendimento humanizado e sistematizado podendo dessa forma oferecer tratamento que busque ser resolutivo nas demandas encontradas, fato este que a equipe constatou, já que os pacientes considerados graves diminuíram o número de faltas em consultas psicológicas, em oficinas terapêuticas quando comparadas com o mês anterior da implantação do PTS.

O primeiro passo para gerar uma mudança positiva que favoreça os pacientes e profissionais já foi dado, sabe-se que ainda há muito a ser avançado e aperfeiçoado. A cada dificuldade encontrada deve-se procurar alternativas para que o serviço possa oferecer um tratamento que seja capaz de contribuir com a qualidade de vida, o desenvolvimento da autonomia do usuário e sua reinserção na sociedade.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, D. O Trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 369-380.

BOCCARDO, A.C. S et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Universidade de São Paulo**, v. 22, n.1, p. 85-92, jan/abr. 2011.

BOROWSKI, D. M et al. **O projeto terapêutico singular para portadora de Parkinson: Em busca da Qualidade de vida.** 2009. Disponível em:<http://www2.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CS/CS_01274.pdf> Acesso 02 fev. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2008, p. 60. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf> Acesso 10 nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde-**PORTARIA N°336/GM**, Portal da Saúde. 2002. Disponível em:<portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../Portaria%20GM%20336-2002.pdf> Acesso: 05 nov 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasilsus-**PORTARIA N°3088/GM**, 23 dez 2011. Disponível em:< <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>> Acesso: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF,

2009, 64p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publica clinica_ampliada_compartilhada.pdf> Acesso: 25 jan 2014.

CARVALHO, L.G.P et al. **A Construção de um Projeto Terapêutico Singular com Usuário e Família Potencialidades e Limitações.** O mundo da Saúde, São Paulo, v.36, n. 3, p. 521-525. 2012. Disponível em:< http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/15.pdf > Acesso em: 10 fev. 2014.

DINIZ, A. M. **Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica e psicossocial: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados.** 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

FILIZOLA, C. L. A. et al. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n. 2, p. 491-503. 2008. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm> > Acesso em: 03 nov. 2013.

KANTORSKI, L. P. et al. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial-CAPS. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 659-666. 2010. Disponível em:< ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/20362/13523> Acesso em 04 fev. 2014.

LINASSI, J, et al. Projeto Terapêutico Singular: Vivenciando uma Experiência de Implementação. **Rev Contexto e Saúde**, Ijuí –RS, Unijuí, v. 10, n. 20. Jan/Jun. 2011. P. 425-434. Disponível em:< <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1561/1308%201>> Acesso em: 05 fev. 2014.

MÂNGIA, E. F et al. A Construção de Projetos Terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 02, p.87-98, maio/ago. 2006.

MORAES, C. C. **O Projeto Terapêutico Singular no CAPS.** 2012. 30 f. Monografia (Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, E .P et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Rev Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa. v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

SOUZA, M. E, et al, **Atenção em Saúde Mental**. 1 ed. Belo Horizonte, 2006. p. 238

TIZZIANI, B, et al, **Implementação de plano terapêutico para usuário do centro de atenção psicossocial, CAPS II, no município de Chapecó-SC, fundamentado na teoria de Imogene King**. 2010. 85 f. Monografia (Especialização em Enfermagem)-Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, Chapecó-SC, 2010.

