**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LIVIA GOUVEIA DA SILVA

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:
Uma Revisão Integrativa da Literatura**

**São Paulo
2015**

LÍVIA GOUVEIA DA SILVA

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR:
Uma Revisão Integrativa da Literatura**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo, para obtenção de título
de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luisa Aranha e Silva

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Livia Gouveia da
Projeto terapêutico singular: uma revisão integrativa da literatura
/ Livia Gouveia da Silva. São Paulo, 2015.
108 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luisa Aranha e Silva

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

1. Assistência à saúde. 2. Serviços de saúde mental.
3. Saúde mental. 4. Reforma psiquiátrica. I. Título.

Nome: LÍVIA GOUVEIA DA SILVA

Título: Projeto Terapêutico Singular: uma revisão integrativa da literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Deus por todo cuidado e milagres que me proporciona.

Aos meus avós maternos, Idalina (in memoriam) e Joel, pelo cuidado e amor sempre presentes.

Aos meus avós paternos, Maria e Ramiro, que me ensinaram o caminho direito a ser seguido e me dispensaram tanto amor, exemplos de vida.

Aos meus pais, Solange e Levy, que sempre estiveram presentes, cuidando com amor, orientando os caminhos e me dando suporte para a vida, gratidão imensa.

À minha irmã Liana, que me inspirou nos caminhos acadêmicos e de vida com sua ética e dedicação e à família que me trouxe, cunhado César e sobrinhos Júlio César e Alice que fazem minha vida um lugar mais feliz.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, amiga, professora, Doutora, Ana Luisa Aranha e Silva. Por todos os momentos que me inspirou, que conduziu minha busca pelo conhecimento, que me colocou inquieta frente às questões intrigantes, que me deixou livre para conhecer meu caminho. O amor que tens nos olhos pela Saúde Mental e pela luta por direitos dignos, éticos e honrados irradia. Amo a Saúde Mental, em grande parte, porque seu amor transbordou e atingiu quem estava ao redor. Obrigada.

Aos trabalhadores d'O Bar BiBiTanTã, que tanta influência tiveram na minha formação e tanto puderam me doar do significado do trabalho. Especialmente Carol, Anna Luiza, Célinha, Fátima, Edson, Luciano, Acácio, Marizete e a todos que já fizeram parte deste projeto.

À Rosana pelo tempo que estive disponível para me ajudar a pensar nesse projeto. Obrigada!

Aos meus amigos que fazem a vida mais colorida, que se interessaram por este trabalho, que me deram forças para continuar, que estiveram disponíveis para ouvir sobre a vida acadêmica, por todas as andanças percorridas e tanta amizade demonstrada sempre. Especialmente Stéfany Todaka, Guto Barbosa, Mari Zerbini, Lud Korolkovas, Juju Amaral, Gabi Andrade e Carol Andrade.

À minha equipe querida que compartilha do trabalho, dos sofrimentos e, alegra meus dias, Jana, Edlaine, Michelle e Neide, obrigada pelo carinho.

À equipe de trabalhadores do CAPS III Paraisópolis, pelas experiências trocadas, por tantas discussões construtivas, pela força, paciência e pela amizade fundada. Muito obrigada, vocês estão todos no meu coração!

À Priscilla e Darlene, que me possibilitam crescimento profissional e sempre estiveram a disposição para me dar suporte e tiveram colaboração essencial neste projeto, meu muito obrigada!

À Thales que acompanhou o desenvolver e as dificuldades desta trajetória e sempre apostou em sua concretude e me incentivou.

Às amadas amigas e companheiras de aventuras, que me socorreram nas traduções e estão sempre perto no coração, Carla Lacorte, Bia Cruz, Yas Mourad, Rosa Cogley e Sarah Genrich.

Às amigas que a faculdade me deu, Ju Vidotto, Lu Francisco e Dani Lamino que estão sempre presentes e apóiam na vida.

À Dani Lamino e Thiago Puliesi, casal amado que tanto contribuiu para finalização desse projeto, com discussões, leituras, opiniões e “jantares acadêmicos”. Vocês fazem a diferença.

E finalmente, a todos os atores de lutas que geram igualdade, direitos e que se fazem “sonhadores” por um mundo melhor. Foram muitas as influências.

DE LOUCOS À ROSAS

No século passado grandes hospícios eram construídos e dentre eles se destacava um grande “hospital” que assim dizia-se chamar, mas que na realidade era um monumento à ignorância e a crueldade humana...

...diz-nos a história que lá morreram milhares de pessoas num verdadeiro holocausto.

Os tempos mudaram, os avanços na ciência e na revolução terapêutica, colocaram um ponto final nesse capítulo sombrio da história.

...e a bela cidade de Barbacena em Minas Gerais é conhecida hoje, como a cidade das rosas, pois produz flores belíssimas que são exportadas para muitas partes do mundo.

Essa troca evoca o caráter simbólico da transformação.

Estamos todos aguardando o dia em que nosso pequeno planeta, o ponto escuro do Universo, e que se tornou o lar de todas as alienações, a maioria sob a pretensão da sanidade, será transformado.

Aguardamos o momento em que voltaremos ao estado original da criação de Deus.

Até lá, pensemos no bem que podemos fazer hoje. Particularmente às pessoas fracas, àqueles que não podem se defender.

Sejamos cuidadores, benfeitores e advogados deles se preciso for.

Vamos transformar o ambiente em que vivemos, num lugar em que rosas podem, teimosamente, germinar e florescer.

AMIN A. RODOR

Silva, LG. Projeto Terapêutico Singular: Uma Revisão Integrativa da Literatura [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de condutas e propostas terapêuticas que orientam o trabalho direcionado a um sujeito singular e coletivo, que resulta da discussão coletiva interdisciplinar de profissionais de determinado serviço de saúde e se consolida em cenário histórico e de Políticas Públicas, orientado em âmbito nacional pelo Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** Realizar uma Revisão Integrativa da Literatura sobre o tema PTS. Identificar, na literatura, se a construção do PTS no campo psicossocial atende a seus pressupostos teóricos e conceituais e, indicar a re-organização do trabalho com vistas à construção compartilhada do PTS junto ao usuário, no campo psicossocial, a partir das normativas e diretrizes do Ministério da Saúde, na vigência da RAPS. **Método:** Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura. Utilizou-se dois descritores de assuntos combinados: “Assistência Integral à Saúde” e “Serviços de Saúde Mental”. A palavra-chave “Projeto Terapêutico Singular” foi utilizada em algumas bases de dados com o intuito de refinar buscas que se mostraram muito amplas. Os dados foram coletados no Banco de Teses e Dissertações da CAPES e da USP, Biblioteca Virtual em Saúde e, nas bases de dados, Cinahl, Pubmed e Web of Science. O período de publicação das referências localizadas não foi limitado. **Resultados:** Foram selecionados 14 estudos, produzidos no período de 1997 a 2014, sendo que 13 deles realizados em âmbito nacional e, apenas um foi produzido em âmbito internacional. Para análise dos estudos, buscou-se a categorização dos achados em cinco grupos: 1) conceitos e bases teóricas do campo psicossocial e da reabilitação como cidadania; 2) estrutura, forma e o “como-fazer” dos projetos terapêuticos singulares; 3) vantagens do emprego do projeto terapêutico singular nas práticas assistenciais; 4) os desafios, obstáculos e dificuldades nos quais o PTS esbarra; 5) as propostas para superação dos desafios relacionados ao PTS. **Conclusões:** A presente revisão integrativa valeu-se da combinação do uso de descritores de assunto e palavra-chave, o que permitiu a recuperação de maior número de estudos, pertinentes ao objetivo estabelecido. O PTS é ferramenta potente de cuidado, porém enfrenta muitos desafios para seu desenvolvimento o que pode restringir suas potencialidades. Foi recomendado que estudos futuros proponham um registro norteador de ações, que corresponda aos saberes teóricos e conceituais do campo psicossocial e da reabilitação como cidadania, de modo a contribuir com a elaboração do PTS. Esse norteador de ações deve apontar para a possibilidade de guiar a construção coletiva do PTS para atingir de forma efetiva a reabilitação psicossocial, a qualidade de vida, a dignidade, o poder de troca de mercadorias, de apoio social e familiar e de direito de pertencimento, ou seja, do verdadeiro direito à cidadania e a vida.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde. Serviços de Saúde Mental. Projeto Terapêutico Singular. Saúde Mental. Enfermagem Psiquiátrica.

Silva, LG. Singular Therapeutic Project: Integrative Literature Review [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The Singular Therapeutic Project (known as PTS in Brazil) is an arrangement of therapeutic actions that is due to guide the work process directed towards a singular person or a collective subjects, that results in an interdisciplinary collective discussion of employees of health services and has its bases in a historical setting and Public Policies, oriented at the national level by the National Health System. **Objective:** Identify if the development of the PTS in the psychosocial field meets its theoretical and conceptual assumptions, as well as propose the rearrangement of the work processes, aiming the shared development of the PTS with the user of the health services, in the psychosocial field, through the regulations and guidelines of the Ministry of Health, in the presence of the government program “Attention Networks to Psychosocial Health” (known as RAPS). **Method:** It’s an Integrative Literature Review. Were combined in this review two index-terms: “Comprehensive Health Care” and “Mental Health Services”. The keyword “Therapeutic Project” was used in same databases in order to refine searches that were very broad. Data were collected at the Bank of Theses and Dissertations of CAPES and USP, Virtual Health Library and, in the databases, Cinahl, Pubmed and Web of Science. The period of publication of localized references was not limited. **Results:** A total of fourteen (14) studies, produced from 1997 to 2014. Thirteen (13) of them were performed at the national level and only one of them was produced internationally. For analysis of the studies, we sought to categorize the findings into five groups: 1) concepts and theoretical bases of the psychosocial field and the rehabilitation as citizenship; 2) structure, shape and the “how-to” of the PTS; 3) advantages of using the PTS in the health care practices; 4) the challenges, obstacles and difficulties that the PTS faces; 5) proposals for overcoming the challenges related to PTS. **Conclusion:** This Integrative Review drew on the combination of the index-terms and keyword, which allowed the recovery of the greatest number of relevant studies to the proposed goal. The PTS is a powerful tool care, but it faces many challenges to its development which may restrict its potentialities. It is recommended that future studies could propose a registration that guides actions, which corresponds to the theoretical and conceptual knowledge of the psychosocial field and the rehabilitation as citizenship, in order to contribute to the development of the PTS. This guide for the actions should point the possibility of guiding the collective construction of the PTS to achieve effectively the psychosocial rehabilitation, the quality of life, the dignity, the social exchanges, the labor, the social and family support and the right of belonging, in other words, the true right to citizenship and life.

Keywords:

Comprehensive Health Care. Mental Health Services. Singular
Therapeutic Project. Mental Health. Psychiatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	BUSCA DE DADOS EFETUADA NA PUBMED. DESCRITORES “COMPREHENSIVE HEALTH CARE “AND “MENTAL HEALTH SERVICE” AND THERAPEUTIC PROJECTS58
FIGURA 2 -	BUSCA DE DADOS EFETUADA NA BVS. PALAVRAS-CHAVE. “ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE” AND “SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL”59
FIGURA 3 -	BUSCA DE DADOS EFETUADA NA CINAHL. DESCRITORES. “COMPREHENSIVE HEALTH CARE” AND “MENTAL HEALTH SERVICES”60
FIGURA 4 -	BUSCA DE DADOS EFETUADA NA WEB OF SCIENCE. DESCRITORES. “COMPREHENSIVE HEALTH CARE” AND “MENTAL HEALTH SERVICE” AND THERAPEUTIC PROJECT61
FIGURA 5 -	BUSCA DE DADOS EFETUADA NO BANCO DE TESES DA USP. PALAVRAS-CHAVE. “ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE” AND “SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL”62
FIGURA 6 -	BUSCA DE DADOS EFETUADA NO CAPES. PALAVRAS-CHAVE. “ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE” AND “SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL”63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	MARCOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA - SÃO PAULO, 2015.	22
QUADRO 2 -	COMPONENTES DA RAPS - SÃO PAULO, 2015.	24
QUADRO 3 -	CONTRASTE ENTRE CAMPO PSICOSSOCIAL E CAMPO PSIQUIÁTRICO - SÃO PAULO, 2015.	35
QUADRO 4 -	ETAPAS PARA REALIZAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA - SÃO PAULO, 2015.	51
QUADRO 5 -	BASES DE DADOS - SÃO PAULO, 2015.	53
QUADRO 6 -	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS ANALISADOS QUANTO AOS AUTORES, TÍTULO, FONTE E ORIGEM – SÃO PAULO, 2015.	65
QUADRO 7 -	ESTUDOS INCLUÍDOS, CONFORME TIPO DE PUBLICAÇÃO - SÃO PAULO, 2015.	66
QUADRO 8 -	ESTUDO 01 – SÃO PAULO, 2015	67
QUADRO 9 -	ESTUDO 02 – SÃO PAULO, 2015	68
QUADRO 10 -	ESTUDO 03 – SÃO PAULO, 2015	69
QUADRO 11 -	ESTUDO 04 – SÃO PAULO, 2015	70
QUADRO 12 -	ESTUDO 05 – SÃO PAULO, 2015	71
QUADRO 13 -	ESTUDO 06 – SÃO PAULO, 2015	72
QUADRO 14 -	ESTUDO 07 – SÃO PAULO, 2015	73
QUADRO 15 -	ESTUDO 08 – SÃO PAULO, 2015	74
QUADRO 16 -	ESTUDO 09 – SÃO PAULO, 2015	75
QUADRO 17 -	ESTUDO 10 – SÃO PAULO, 2015	76
QUADRO 18 -	ESTUDO 11 – SÃO PAULO, 2015	77
QUADRO 19 -	ESTUDO 12 – SÃO PAULO, 2015	78
QUADRO 20 -	ESTUDO 13 – SÃO PAULO, 2015	79
QUADRO 21 -	ESTUDO 14 – SÃO PAULO, 2015	80

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	- Centro de Convivência e Cooperativa
CEU	- Centro Educacional Unificado
CID	- Classificação Internacional de Doença
CINAHL	- Cumulative Index for Nursing and Allied Health
CNPq	- Conselho Nacional de Pesquisa
CT-Saúde	- Fundo Setorial da Saúde
DECIT	- Departamento de Ciência e Tecnologia
DSM-IV	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECOSOL	- Economia Solidária
ESF	- Estratégia Saúde da Família
MCT	- Ministério da Ciência e Tecnologia
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
PVC	- Programa de Volta pra Casa
RAAS	- Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RI	- Resultados Iniciais
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCTIE	- Secretária de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos
SENAES	- Secretaria Nacional de Economia Solidária
SHR	- Serviço Hospitalar de Referência
SRT	- Serviço de Residência Terapêutica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBASF	- Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
USP	- Universidade de São Paulo
WAPR	- World Association for Psychosocial Rehabilitation

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 O QUE É UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
2 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS	30
2.1 CAMPO PSICOSSOCIAL	30
2.2 REABILITAÇÃO COMO CIDADANIA	35
2.2.1 Formas de morar	39
2.2.2 Trocar as identidades	40
2.2.3 Produzir e trocar mercadorias e valores	44
3 OBJETIVOS	48
4 MÉTODO	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA	51
4.3 HIPÓTESES DO ESTUDO	51
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	52
4.5 FONTES DE BUSCA DO ESTUDO	53
4.6 ESTRATÉGIAS DE BUSCA	54
4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA, TRATAMENTO E DE ANÁLISE DOS DADOS	54
4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	56
5 RESULTADOS	57
5.1 FLUXOGRAMAS DE RESULTADOS POR BASES DE DADOS	57
5.2 IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES, TÍTULOS, FONTE E ORIGEM	64
5.3 TIPO DE ESTUDO, OBJETIVOS, MÉTODOS, RESULTADOS E CONCLUSÕES	66
6 DISCUSSÃO	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	95
REFERÊNCIAS	98
ANEXO	106
APÊNDICES	107

APRESENTAÇÃO

O período de graduação em enfermagem e os estágios que ocorreram nesta área me aproximaram da Saúde Mental e de um de seus campos de pesquisa, o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Saúde Mental e Economia Solidária.

Durante o período de estágios participei de perto da construção do bem sucedido empreendimento em Economia Solidária e geração de renda O Bar Bibitantã, incubado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Itaim Bibi, da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP.

O Bar Bibitantã foi o cenário de estudo do meu trabalho de conclusão de curso cujo resultado foi a construção do Instrumento de Avaliação sobre o Impacto do Trabalho Solidário na Vida do Indivíduo com Sofrimento Psíquico (Silva, 2009; Aranha e Silva, 2012) (anexo 1).

Posteriormente, o trajeto profissional que percorri trouxe a possibilidade de participar da implementação de um dispositivo de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial III Paraisópolis, da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretária de Saúde do Município de São Paulo. Esta implementação passou por diversos processos de construção de saberes.

Pude, então, vivenciar o início de todo desenvolvimento do serviço, desde a vinculação com a população atendida como a formulação dos impressos, fluxos e processos de trabalho.

Na área da saúde mental estive envolvida com atividades de assistência como, acolhimento, grupos terapêuticos diversos, construção do projeto terapêutico singular (PTS), assembléias, reuniões de mini-equipes para discussão dos casos e ambiente de convivência com os usuários. Além de atividades em rede, com outros serviços, como, matriciamento, reuniões da Rede de Economia Solidária (ECOSOL),

participação em feiras de Economia Solidária e Saúde Mental, visitas e interlocução com outros serviços da rede de atenção como Centros Educacionais Unificados (CEUs) e Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOS).

Diante do percurso vivido no cotidiano do cuidado em saúde mental, diversas questões relacionadas ao cuidado da pessoa com sofrimento psíquico e os processos de trabalho dos profissionais dentro dos CAPS vieram à tona: Por que os profissionais que atuam no campo da saúde mental muitas vezes ainda elegem a sintomatologia como objeto de trabalho? Por que tomam as características relacionadas à doença como eixo norteador para construção do projeto terapêutico singular? O que deve guiar o processo de cuidado? Quais dificuldades os processos de trabalho confrontam? O que pode, ou deve ser desenvolvido pela equipe em conjunto com pacientes e familiares?

Estas experiências associadas a grupos de pesquisa, educação continuada e a confrontação destas questões referidas fizeram com que algumas reflexões sobre o processo de trabalho fossem possíveis e impulsionassem a construção desta pesquisa.

Faz-se necessária uma abordagem histórico-política, que traga à tona as questões pertinentes à saúde mental e seus processos de trabalhos.

A saúde mental no Brasil se constrói através de processos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esta tem possibilitado a transmutação de uma antiga concepção de assistência, o chamado “paradigma psiquiátrico”, que se volta para a doença e fatores incapacitantes, para uma nova concepção de cuidar que toma como objeto de cuidado a pessoa, suas necessidades e suas potencialidades.

Dentro das experiências no campo da saúde mental e dos movimentos de trocas de saberes entre os trabalhadores, pesquisadores, usuários e familiares, percebe-se que uma das propostas centrais para organizar o trabalho e romper com o antigo paradigma psiquiátrico é a construção do PTS, que traz uma nova proposta de cuidado a qual deve considerar o contexto de vida da pessoa.

Entende-se claramente que a investigação sobre a história de vida e potencialidades das pessoas, quando exploradas, enriquecem os PTS.

Porém, o desenvolvimento do PTS esbarra em obstáculos para que seja construído que podem causar a perda de sua essência e finalidade, como: a alta demanda do serviço e a quantidade insuficiente de recursos humanos, a rotatividade de profissionais, as dificuldades de articulação com a rede, comunicação ineficiente intra equipe, e a qualidade inadequada de formação profissional.

No presente estudo o desafio é desenvolver o conhecimento sobre o PTS de forma que seja possível compreender sua forma de construção, suas potencialidades, seus desafios, suas dificuldades e suas limitações.

Deste modo acredito que se possa avançar na construção apropriada do cuidado que produza cidadania e reabilitação das pessoas com sofrimento psíquico, por meio de alinhamento dos projetos terapêuticos singulares aos princípios do campo psicossocial e da reabilitação como cidadania.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O QUE É UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica têm início no Brasil no final da década de 70. Estes processos históricos vêm sendo escritos e descritos por diversos autores, como Barros (2007), Aranha e Silva (2005), Nicácio (2003), Gondim (2001), Jorge (2007), Amarante (1995), entre outros, demonstrando as transformações no âmbito da assistência e invenções de novos e diferentes dispositivos de intervenção (Souza, 2011)

No campo da saúde mental, as lutas no decorrer do século XX e do atual, dizem respeito à desconstrução do paradigma da psiquiatria – cujo “objeto é a doença” (Louzã-Neto, 1995).

A reorientação do modelo de atenção à saúde mental, no contexto das Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em curso, trata da mudança do olhar, ou seja, sair do campo da hospitalização a fim de tratar a doença e ir para o campo psicossocial – comprometido com o modelo de atenção operado segundo os eixos da reabilitação psicossocial como a cidadania, a integralidade do cuidado, o cuidado no território e a eleição da vida do sujeito com experiência de sofrimento psíquico e sua relação com o corpo social como objeto de intervenção (Saraceno, 2001; Nicácio, 2003; Aranha e Silva, 2005).

A saúde mental se transforma em uma área de cuidado dinâmica devido a complicações e dificuldades das demandas apresentadas por seu objeto de cuidado, ou seja, a pessoa no seu contexto de vida.

Cuidar da pessoa em seu contexto de vida implica integralidade e recriação constante de processos de trabalho. A Reforma Psiquiátrica, então, é um processo social complexo, cuja

...mudança de paradigma, guiada por nova forma de olhar e cuidar do fenômeno da loucura, traz para o campo de atenção novos questionamentos e uma constante (re)formulação das práticas (Kinoshita, 2001).

As transformações do paradigma centrado na doença trazem implicações ao âmbito da prática profissional, configura novos saberes e fazeres.

Nestes processos de trabalho a finalidade é intervir nos aspectos fundantes da vida em relação, isto é, nas formas de morar, trabalhar e produzir redes sociais, além das vivências próprias da loucura. A história de vida e formas de reabilitação para a cidadania se torna o centro do cuidado (Aranha e Silva, 2005).

O trabalho no campo psicossocial, ou seja, a organização dos processos de trabalho no cenário da Reforma Psiquiátrica deve ter foco na perspectiva relacionada ao direito das pessoas com experiência de sofrimento psíquico ao acesso às formas de morar com dignidade, ao trabalho emancipatório e não alienante, e à ampliação das redes sociais (Souza, 2011).

Desta perspectiva, a clínica deve ampliar seus instrumentos de intervenção para cuidar e orientar os projetos de cuidado singulares a partir da história de vida das pessoas e não da história de sua doença. Mângia, Barros (2009) propõem que os projetos terapêuticos devem superar o paradigma biomédico por meio de ações conjuntas e coletivas da equipe com os usuários e seus familiares para responder às necessidades das pessoas, e que sejam geradoras de mudança na sua qualidade de vida.

Observa-se, no cotidiano do trabalho, que a equipe de referência tende a utilizar um modelo de atenção diagnóstico-centrado para desenvolver estratégias de cuidado com foco na doença e seus fatores incapacitantes. De forma antagônica, o atual modelo propõe novas práticas, Barros, Oliveira, Aranha e Silva (2007) afirmam que novas ações tratam de

negar a doença como objeto exclusivo de intervenção e colocar nesse lugar a vida da pessoa. Eliminada a doença como foco da intervenção, as possibilidades de ação devem, necessariamente, ser ampliadas. Além do tratamento a pessoa passa a ser objeto de cuidado: um ser que porta necessidades e não apenas sintomas.

As lutas que se configuraram para desconstrução deste paradigma psiquiátrico passaram obviamente por processos históricos, que no Brasil têm seu marco no desenvolver da Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Nesta época da história brasileira (em meados da década de 1970), a população que fazia uso dos serviços de saúde mental vivia sob regime de internação asilar, praticamente a única oferta de tratamento psiquiátrico no país. Os poucos serviços ambulatoriais existentes deste período limitavam-se a dispensar medicamentos (Aranha e Silva, 2003; Barros, Egry, 2001). Este momento histórico fica conhecido como “Indústria da Loucura”, pois era uma forma rentável para o setor privado, que lucrava aproximadamente 4% do orçamento total de Saúde da União, já que 70% dos leitos psiquiátricos provinham de contratações em instituições privadas (Barros, Egry, 2001).

Neste cenário asilar excludente, ocorria a freqüente negação dos direitos e necessidades humanas básicas. Os pacientes não tinham acesso a uma alimentação saudável, cuidados pessoais eram precários, não tinham privacidade, segurança e menos ainda vida afetiva. As trocas sociais, familiares, emocionais, ou seja, de todos os lugares de pertencimento possíveis com o mundo extra-instituição, não existiam, evidenciando total situação de abandono (Aranha e Silva, 2012). Era preciso uma reforma urgente nas políticas e práticas de saúde.

A Reforma Sanitária e Psiquiátrica se consolidam como forma possível de enfrentamento desta realidade. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, também chamada de “Constituição Cidadã” prevê que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (artigo 196). Esta Constituição impulsiona a criação da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Logo, surge o Sistema Único de Saúde e o modelo coletivo, horizontal e universal de acesso à saúde e conceito de rede de cuidados (Brasil, 1990).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento concomitante a esta Reforma Sanitária e se caracteriza por definir o sentido do trabalho em saúde mental, emancipando e empoderando as pessoas. Segundo Aranha e Silva (2012), ambas

as Reformas são “movimentos vivos, atuais, que se constroem e são construídos no cotidiano das práticas nos serviços e nas instâncias governamentais”.

Os marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira estão descritos no quadro a seguir e, configuram uma contribuição fundamental para compreensão do cenário atual onde a saúde mental se insere em confluência ao campo psicossocial.

Quadro 1 - Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira - São Paulo, 2015.

Ano	Marcos Históricos
1986	Conferência Nacional de Saúde. Indica a construção do SUS, as diretrizes de municipalização, controle social, democratização do acesso e participação nas políticas públicas.
1987	Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que se configura a favor da desinstitucionalização e ao protagonismo dos trabalhadores em saúde mental. Criação do primeiro CAPS no Brasil.
1989	Projeto de Lei n. 3.647/89, Deputado Paulo Delgado que assegura os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. Implantação das primeiras políticas locais de serviços comunitários.
1990	Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, referência fundamental para o processo de reorientação do modelo assistencial na América Latina.
1992	2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que re-orientou o modelo de atenção a Saúde Mental para os serviços comunitários e territoriais, a partir das experiências concretas de Santos, Campinas, Belo Horizonte e na experiência pioneira do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo.
2001	Promulgação da Lei 10.216, em 6 de Abril de 2001, que redireciona o modelo de assistência em saúde mental e assegura a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais
2001	3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Ressalta-se seu relatório final, como essencial para a superação do modelo assistencial hospitalocêntrico, entre outras tantas contribuições.
2010	4ª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Reafirma a complexidade da atenção à saúde mental e a necessária produção e execução de políticas públicas intersetoriais.

Vale ressaltar a importância da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorre em 2001, pois indica uma série de contribuições fundamentais para o aprimoramento das Políticas Públicas de saúde mental, conforme descritas por Aranha e Silva (2012) segundo o relatório final desta Conferência:

- superação do modelo de assistência hospitalocêntrico;

- implantação e consolidação do modelo de atenção comunitário segundo o contexto do SUS;
- construção de uma rede de cuidados articulando as ações desenvolvidas na atenção básica e demais serviços;
- garantia de direitos humanos aos usuário dos serviços de saúde mental;
- construção de redes societárias do municípios, do território e da comunidade para incorporar recursos antes subutilizados;
- participação de usuários, familiares, trabalhadores e gestores e também de outros atores sociais, através de conselhos gestores;
- produção de políticas intersetoriais para promover qualidade de vida que confrontem a exclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental;
- desinstitucionalização de longas internações;
- fomento às políticas de gestão de pessoas para transformar a realidade onde os trabalhadores devem ser atores sociais;
- reflexão sistemática sobre processos de trabalho nos serviços de saúde mental;
- gestão democrática dos serviços, que considerem os diversos direitos dos trabalhadores;
- envolvimento de articulação de universidades com os serviços de saúde mental para transformar o perfil da força de trabalho e consolidar o modelo assistencial;
- financiamento do custo de serviços e ações substitutivas ao hospital manicomial, reorientando para internação e emergências direcionadas para o hospital geral.

Neste contexto a Política Nacional de Saúde Mental foi se consolidando, buscando a superação do modelo asilar e a garantia dos direitos de cidadania do

indivíduo com transtornos mentais. Fica claro que o modelo de cuidado deve passar a ser na comunidade, ou seja, centrado no território, buscando progressiva inclusão social e integralidade.

Em 2010 definem-se novos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, denominados Rede de Atenção à Saúde (RAS), que integrados por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado pelo Ministério da Saúde, Portaria nº 4.279, de 30/12/2010 (Brasil, 2010).

Uma das redes prioritárias da RAS é a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Esta deve garantir a livre circulação das pessoas com sofrimento psíquico pelos serviços, pela comunidade e pela cidade e se consolida com a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, no âmbito do SUS (Brasil, 2011).

A RAPS é formada por sete componentes que definem sua matriz diagnóstica, elencados no quadro a seguir, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011):

Quadro 2 - Componentes da RAPS - São Paulo, 2015.

Componentes da RAPS		Descrição
1	Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde (UBS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório de Rua; Apoio aos Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.
2	Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.
3	Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 h e Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/ Pronto Socorro, UBS.
4	Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção Residencial (SRT).
5	Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR).
6	Estratégia de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta Casa (PVC).
7	Estratégia de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Cada componente específico da RAPS possui diretrizes em portarias que possibilitam e definem no âmbito estrutural a concretude de suas ações.

A partir destes avanços de lutas históricas e reformulações políticas que reorientam o cuidado em saúde mental, coerentes aos conceitos de uma nova organização fundada no campo psicossocial e da reabilitação como cidadania, o MS institui em 2012 um novo sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS. A Portaria 276, de 30 de Março de 2012, que institui a RAAS, tem o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde – RAS (Brasil, 2012).

Atenção importante é dada ao RAAS, pois é um registro eletrônico que reorienta a lógica e não mais registra as ações que profissionais de saúde *praticaram* e sim se baseia nas ações que o próprio usuário de saúde *recebeu*. O que quer dizer que cada usuário de saúde deve ter seu próprio RAAS, onde mensalmente os serviços irão alimentar este sistema com ações de saúde das quais tal usuário obteve.

Tais ações não estão mais vinculadas unicamente a procedimentos ambulatoriais duros, que confirmavam a antiga lógica do cuidado, estão, agora, atados ao campo psicossocial e a reabilitação como cidadania. Então, como marco histórico, se faz possível, pela primeira vez na história brasileira mensurar ações de ferramentas leves, como atenção à crise, promoção de contratualidade, promoção da autonomia, entre outras. No RAAS, então, serão lançados os procedimentos relativos às ações do Projeto Terapêutico Singular.

Ressalta-se que após os lançamentos dos procedimentos no RAAS, o sistema cria automaticamente um documento onde constam todas as ações realizadas com determinado usuário. Este documento chama-se “espelho” e pode ser útil à equipe, pois o mesmo constitui uma espécie de fotografia do PTS realizado (Secretaria da Saúde do RS, 2013)

Logo, o RAAS está interligado ao PTS, uma vez que ambos têm que dar conta do cuidado direcionado ao indivíduo singular ou coletivo dentro dos mesmos preceitos teóricos e conceituais de ações com produtos de reabilitação psicossocial. Porém, constata-se que é submisso a necessidade institucional de registrar a produção e, portanto diferente do PTS é realizado *a posteriori*.

Expostos os processos históricos e políticos trilhados pela saúde mental brasileira, é possível a compreensão de que os processos de trabalho necessariamente sofreram mudanças de rumo. No âmago do trabalho assistencial em saúde mental as práticas podem ser organizadas pela construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, que faz jus às políticas da RAPS e possibilita ações assertivas.

No cenário atual os projetos terapêuticos se constituem como instrumentos para as práticas de saúde, que singularizam os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde e apresentam novas perspectivas de produção de autonomia, protagonismo e inclusão social (Barros, 2010).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2007) avança que o PTS seja um conjunto de condutas terapêuticas e propostas que orientem o trabalho direcionado à um sujeito singular e coletivo, que resulta da discussão coletiva interdisciplinar de profissionais de determinado serviço de saúde que não necessariamente o CAPS, também é utilizado em outros serviços, com por exemplo UBS e NASF, porém geralmente mais utilizado no CAPS, pois é normalmente direcionado a casos mais complexos.

Assim é na reunião de toda a equipe, que se propõem diferentes ações e opiniões que ajudam a entender o sujeito como um todo, e facilitam o alinhamento das propostas de ação.

O termo Projeto Terapêutico Singular em lugar de Projeto Terapêutico Individual se mostra mais coerente, pois assume a possibilidade de poder ser desenvolvido para intervenções em uma população específica ou em famílias e não somente para um único cidadão, além de frisar que o projeto busca a singularidade como elemento central de articulação (Brasil, 2007).

O MS (Brasil, 2007) indica que o PTS deve conter quatro momentos:

- 1) *Diagnóstico*: deve ser constituído de uma avaliação “orgânica, psicológica e social”, que possibilite à equipe entender os riscos e vulnerabilidades do sujeito, grupo ou família. Precisa captar como o sujeito se comporta frente a doença; seus desejos, interesses, potencialidades e incapacidades como

também a família, sua cultura e suas redes sociais. “Ou seja, tentar entender tudo que o sujeito faz de tudo que fizeram dele”

- 2) *Definição de metas*: a equipe deve fazer propostas de curto, médio e longo prazo, que devem ser negociadas com o sujeito e a família pelo membro da equipe que seja sua referência, ou seja, que apresente o maior vínculo.
- 3) *Divisão de responsabilidade*: devem-se dividir as tarefas de cada um com clareza.
- 4) *Reavaliação*: situação em que é preciso avaliar os rumos do projeto e suas evoluções, logo, o que apresenta êxito e o que não funciona e assim reorientar as estratégias.

Segundo o MS (Brasil, 2007) não é possível, devido à complexidade da formulação de um PTS, que este seja feito para todos os casos de um serviço de saúde, exceto em casos de hospitais e serviços de especialidades. Assim a equipe deve escolher casos mais complexos para montar o PTS, o qual auxilia que estes casos tenham uma assistência integral à suas demandas.

Faz-se necessário, ainda, que se façam reuniões de equipe, espaços no serviço onde se possam discutir os PTS. Nestas reuniões todos os membros devem colaborar segundo seu vínculo com o usuário, a família ou os grupos em questão. Esta colaboração deve enriquecer as estratégias de cuidado e as tarefas devem ser divididas conforme possibilidades formadas por vínculo. Os funcionários com maior vínculo ou que são conhecidos como “referências” dos casos devam tomar à frente o PTS e ter maiores responsabilidades na coordenação deste. Uma estratégia de alguns serviços são reuniões semanais ou quinzenais específicas unicamente para discussão dos PTS.

O MS (Brasil, 2007) elucida que um aspecto importante a ser considerado é o tempo de duração do PTS. Faz-se necessária a reflexão de que obviamente isto dependerá do serviço em questão, ou seja, serviços com acompanhamento de maior durabilidade terão seus PTS longitudinais e têm a possibilidade de estipular metas em longo prazo, porém serviços com seguimentos de tempo curto, como hospitais, têm a limitação para metas menores.

Mesmo frente a este desafio os serviços devem considerar que não se pode construir o cuidado integral apenas em uma consulta ou um encontro mesmo que longo, pois o PTS surge do vínculo e do conhecimento aprofundado das demandas dos casos, porém obviamente não se pode estabelecer regras fixas para um processo que é relacional e flexível frente a complexidade de seu objeto (Brasil, 2007).

Saraceno (1998) e Kinoshita (2001) definem o projeto terapêutico singular como uma proposta que tem um objetivo amplo conectado às relações que o indivíduo faz com o mundo. Objetiva a produção de saúde determinada através do traçado de planos futuros, que incluem sua autonomia e inclusão social o que determina projetos de vida. É destinado a pessoas em vulnerabilidade social, logo, deve promover a mudança do lugar social e reabilitação como cidadania, o que movimenta os sujeitos, o contexto social e as redes sócio-relacionais.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), apresentou o Relatório sobre a Saúde do Mundo – Saúde Mental Nova Conceção, Nova Esperança. Este Relatório define os eixos norteadores para a construção do PTS.

O tratamento deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo (...) mas estas mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do paciente (...) cada intervenção tem uma indicação específica (...) cada intervenção deve ser usada numa quantidade determinada (...) cada intervenção deve ter uma duração determinada (...) devem-se monitorar periodicamente a adesão ao tratamento e os resultados esperados de cada intervenção (OMS, OPAS; 2001).

Assim como a OMS preconiza que seja destinado especificamente às demandas do próprio indivíduo singular, Pinto et. al. (2011) defende que a dimensão singular do PTS é sua essência.

Ainda neste contexto, Mângia (2002) expõe que em relação às diretrizes para construção do PTS, este deve seguir quatro eixos norteadores; a) a ação deve estar centrada na pessoa “em seu contexto real de vida”; b) deve haver parceria entre o profissional e o indivíduo com sofrimento psíquico; c) um “contrato de trabalho” e

suas metas devem contemplar sentido para o desenvolvimento da vida do sujeito e d) avaliações periódicas.

Os conceitos sobre projeto terapêutico singular no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica são homogêneos. Oliveira (2007) se opõe à elaboração de protocolos rígidos para direcionar os projetos terapêuticos singulares, pois existe o risco de comprometer sua singularidade, ainda assim admite que um roteiro poderia ser útil para nortear as ações da equipe. Este norteador, que fosse capaz de direcionar as ações necessárias, deveria obrigatoriamente, convergir nas políticas vigentes do atual contexto histórico e contemplar ações envoltas pelo campo psicossocial e pela reabilitação como cidadania, assim como foi possível o desenvolvimento do RAAS.

Estas constatações histórico-políticas delimitam as lutas do campo da saúde mental para consolidar um novo modelo que seja justo, que promova direitos aos cidadãos e que seja capaz de abranger um cuidado ampliado e reestruturado que se direciona à qualidade de vida do sujeito dentro de seu próprio contexto.

Assim em âmbito micro-político constata-se o PTS como ferramenta-chave de ação que possibilita tais mudanças e espera-se, através da revisão integrativa da literatura, identificar os desafios encontrados na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, suas problematizações e considerações teórico-práticas.

2 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS

2.1 CAMPO PSICOSSOCIAL

O caminho para a compreensão do campo psicossocial inicia-se através da apropriação do conhecimento sobre o próprio traçado da história da loucura.

A psiquiatria que se estabeleceu em 1793 com Philippe Pinel previa um cuidado higienista que segregava o louco da sociedade, deixando os doentes em cuidado asilar, a qual estava fundamentada em princípios de vigilância e punição. Nesta época, a doença mental ainda era caracterizada por uma falha comportamental que o indivíduo apresentava perante a sociedade, estando assim, fora das expectativas de convívio social.

Segundo Aranha e Silva (2003), “o momento da institucionalização da loucura que é consensual entre todas as linhas teóricas é a fundação da tríade pineliana”:

- Um *saber* – a nosografia, o corpo conceitual de base científico-positiva que inscreveu a loucura nas categorias médicas impondo-lhe o estatuto da doença mental, diferenciando-a da ociosidade e excluindo-a da normalidade social produtiva;
- Uma *relação* – específica de poder entre o médico e o doente, onde o primeiro pode dizer a verdade da doença pelo *saber* e submetê-la pelo poder que sua vontade exerce sobre o doente.
- Um *lugar* – para o exercício deste poder, o manicômio, onde a medicina pode descobrir a verdade da doença, afastando tudo o que pode mascará-la, confundi-la ou dar-lhe formas bizarras.

Este modelo teórico-prático favoreceu o alicerce conceitual da ciência biomédica moderna e da psiquiatria clássica, onde a prática assistencial de saúde é influenciada por aspectos como o estabelecimento do diagnóstico pautado na classificação, o tratamento das doenças mentais com base na medicalização e na hospitalização. Logo, o conceito está centrado na doença e desviado do ser humano na sua totalidade (Terra et al., 2006).

Este paradigma da psiquiatria clássica mostra-se determinista, pois exclui o indivíduo do conhecimento, desconsiderando o sujeito, sua autonomia e consciência.

A quebra deste modelo se faz possível através de processos históricos e sociais que ocorrem pelos avanços das ciências deste campo e das reflexões por estudiosos da época. Ressalta-se que o modelo clássico é questionado em diversos países como, França, Alemanha, Estados Unidos da América e Itália.

Destaca-se o movimento de Reforma que ocorre na Itália, impulsionada pelo psiquiatra Franco Basaglia. Os processos históricos e reflexivos não se faziam permissíveis ao cenário desumano manicomial hegemônico deste período histórico. Estes processos de ruptura deram origem à denominada Psiquiatria Democrática Italiana, que se consolida na Itália pela Lei 180 aprovada em 1978, ou conhecida popularmente como “Lei Basaglia” que prevê a extinção de manicômios e consolida o processo de criação de novas práticas de atenção à saúde mental (Amarante, 1996).

Tais novas práticas requerem um novo modelo de atenção, não mais sustentado pelas bases epistemológicas da psiquiatria. Assim a quebra deste modelo se faz possível, a partir do campo psicossocial, que busca romper a racionalidade psiquiátrica.

Logo, o campo psicossocial é construído sobre outras bases, segundo Aranha e Silva (2003):

- Um *saber* – corpos conceituais múltiplos, construídos a partir de necessidades humanas reais numa realidade concreta real;
- Uma *relação* – onde o saber construído coletivamente, com bases científicas, seja disponibilizado para que a verdade do ser humano (seu saber) possa emergir e se transformar;
- Um *lugar* – para o exercício deste saber, num serviço de saúde ou na vida real, onde o ser humano possa descobrir a verdade do seu processo saúde-doença, apropriar-se dele e viver sua vida com autonomia.

Amarante (2001) defende que os serviços de saúde mental fundamentados no campo psicossocial, devem trazer a ruptura paradigmática com o campo psiquiátrico. A nova ordem, ou seja, o campo psicossocial irá romper com:

- O método epistêmico da psiquiatria, centrado nas ciências naturais;
- O conceito de doença mental, enquanto erro, desrazão, periculosidade; e como doença, patologia, desordem;
- O princípio da instituição asilar como recurso terapêutico (o princípio pineliano do isolamento terapêutico), ainda hoje muito presente em nossas velhas e “novas” instituições e serviços;
- Os princípios do tratamento moral.

Organizado no campo psicossocial, o cuidado deve ser integral, considerar o indivíduo como pertencente a uma determinada sociedade, um ser detentor de direitos e considerar o traçado de sua história de vida, sua família e redes sociais. Estabelece-se fora de instituições, para que possa encerrar com a prática excludente e punitiva asilar, logo acontece na própria comunidade. A nova lógica assistencial e a transferência do cuidado para a comunidade fazem necessária a criação de novos recursos e novas práticas.

São propostas por Amarante (2001) possibilidades que trazem para a equipe de trabalho formas de cuidados centrados neste novo horizonte, que podem ser exercidas através de “atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional” com enfoque interdisciplinar e pluri-institucional. A equipe de trabalho deve ter clareza e coerência em tais bases teóricas do campo psicossocial, para que possa agir em congruência, assim suas práticas devem configurar-se através do saber e devem firmar este novo modelo para organizar sua forma de produzir cuidado.

A sustentação de algumas atitudes básicas por toda a equipe, segundo Saraceno (1997), é essencial para o êxito das ações do campo psicossocial. Os profissionais envolvidos no processo devem ter atitude de participação na comunidade, interação intra-equipe e uma “atitude solidária, afetiva, psicoterapêutica, reabilitatória e farmacológica” para com os usuários dos serviços de saúde mental.

Nesta nova lógica os processos de trabalho são modificados e requerem superação constante, pois o objeto de trabalho passa a ser a própria vida do sujeito que é dinâmica e requer flexibilidade nas ações de cuidado.

A dinamicidade do objeto de trabalho torna o saber e as práticas do campo psicossocial complexos. Saraceno (1997) propõe que o projeto de intervenção para esta nova organização de trabalho, para que possa produzir produtos de saúde, deve:

- a. romper com uma organização médica do serviço;
- b. ser planejado por toda a equipe;
- c. respeitar uma pauta ou agenda que seja de preferência pequena, clara e objetiva;
- d. realizar-se por meio de divisão não burocrática do trabalho entre todos os membros da equipe;
- e. modificar-se conforme a condução do caso e dos resultados obtidos, cujo parâmetro de avaliação é se a intervenção está sendo útil ou prejudicial ao usuário.

A finalidade do campo psicossocial, segundo Aranha e Silva (2003), “é responder as necessidades de saúde mental de uma determinada população e produzir produtos de saúde mental”. Estes produtos elucidam uma nova ordem que prevê a “prevenção, promoção, reabilitação e redução de danos”.

O campo psicossocial funciona com uma lógica onde o cerne deixa de ser o saber biomédico e a doença como objeto de intervenção, logo se deve trabalhar com uma equipe interdisciplinar considerando os diversos saberes e suas possibilidades de potencializar uma atenção integral.

O campo psicossocial é o lugar onde a ação de saúde é produzida. Quem a produz é um sujeito, também socialmente constituído, o que traduz, no limite da interação, o saber e o poder aderente ao seu lugar social. Desta forma, as práticas concretas representam ou reproduzem dada ideologia e o lócus onde cooperam ou rivalizam é a equipe de trabalho (Aranha e Silva, 2003).

Assim, expostos os pilares conceituais do campo psiquiátrico e do campo psicossocial é possível organizá-los em contraste quanto aos seus objetos de trabalho, instrumentos, finalidades e norteadores de suas ações.

Quadro 3 - Contraste entre campo psicossocial e campo psiquiátrico - São Paulo, 2015.

	CAMPO PSICOSSOCIAL	CAMPO PSIQUIÁTRICO
Objeto de trabalho	Sujeito em seu contexto de vida	A doença.
Instrumentos de trabalho	Grupos, psicoterapias, território, PTS, medicação, CID, DSM-IV, contenção, fichas de anamnese, etc	Grupos, psicoterapias, território, medicação, CID, DSM-IV, contenção, fichas de anamnese, etc
Finalidade dos processos de trabalho	Qualidade de vida que possibilite: fortalecimento dos laços sociais e familiares, inclusão, trabalho, bem-estar na vida da pessoa de forma integral	Remissão dos sintomas que possibilite: qualidade de vida, fortalecimento dos laços sociais e familiares, inclusão, trabalho,
Norteadores das ações	Necessidade de um norteador de ações que capte as necessidades do objeto de trabalho no campo psicossocial, ou seja, o sujeito no seu contexto de vida.	Instrumentos de anamnese médica/ psicológica/ social/ de enfermagem

O campo psicossocial proporciona o redimensionamento de uma lógica hegemônica diagnóstico-centrada, confluindo na possibilidade de ruptura do paradigma clássico psiquiátrico, porque possibilita o cuidado digno que respeita o indivíduo “louco”, agora, como cidadão de direitos, pois, esta é a finalidade última dos processos de trabalho no campo psicossocial.

2.2 REABILITAÇÃO COMO CIDADANIA

A definição do conceito de reabilitação psicossocial é vasta, contudo esta pesquisa se detém às definições do autor Benedetto Saraceno como base de estudo. Uma vez que Saraceno defende que a reabilitação está fundamentada em três eixos; a) morar; b) trabalho e c) redes sociais.

A pesquisa pretende que estes eixos sejam a base para a construção que deve orientar o Projeto Terapêutico Singular. Assim, se faz necessário definir a reabilitação psicossocial e expor descritivamente cada eixo proposto.

O autor descreve os três eixos sobre os quais se constrói a reabilitação psicossocial: o habitar (moradia), a rede social e o trabalho. O habitar é a

apropriação sobre o espaço no qual se vive. A rede social é a participação nas trocas de identidades sociais ou a invenção de lugares, nos quais essas trocas sejam possíveis. E, o trabalho é visto como fundamental para promover a articulação do campo de interesses, das necessidades e dos desejos.

Para Saraceno (1999):

Reabilitação é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. A reabilitação é, então, um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente.

Na reabilitação como cidadania é proposto que as relações sejam enfatizadas, o que desmonta o modelo médico-centrado e hospitalocêntrico. Ou seja, o cuidado e a construção dos projetos terapêuticos são transpostos para um âmbito mais humano na relação entre os profissionais da saúde e as pessoas com sofrimento psíquico.

Os que prestam cuidados devem abandonar as práticas autoritárias, controladoras e que exercem domínio sobre a pessoa com sofrimento psíquico para em seu lugar criar um ambiente terapêutico de escuta. Assim é constituinte da intervenção uma "abertura de espaços da relação" (Saraceno, 1999).

Quando os planos terapêuticos são elaborados, não é descartado que exista uma conexão entre relação e negociação. Saraceno (1999) defende que a pessoa com sofrimento psíquico se tiver assegurado o exercício da negociação (entendido como trocas materiais e afetivas), neste momento, também terá assegurado o direito à relação. O autor identifica estas oportunidades de trocas materiais e afetivas como constituintes de uma "rede de negociação".

As redes de negociação, na medida em que são articuladas e flexíveis, aumentam a participação e a contratualidade real dos sujeitos "fracos" de uma sociedade.

Entende-se como "sujeitos fracos" os que se encontram em desvantagens sociais, como; imigrantes, negros, mulheres, assim como indivíduos com transtornos

mentais, assim se poderia dizer, de outra forma, que o mercado (ou seja, o lugar físico e social da troca das mercadorias) precede e determina em uma comunidade a possibilidade das relações entre seus membros (Saraceno, 1999).

As relações e o direito a elas enobrecem o cuidado e garante que este se alinhe às perspectivas de reabilitação como cidadania. Os “sujeitos fracos” de uma sociedade, como visto, têm suas potencialidades fortalecidas, o que aumenta sua participação social (aumenta o poder contratual real do cidadão) quando conseguem fazer parte desta rede de negociação. (Saraceno, 1999)

Porém, os “sujeitos fracos” de uma sociedade encontram barreiras para pertencer a tal rede de negociação no meio social atual que é capitalista e excludente. Devem-se criar soluções para que estes “sujeitos fracos” possam pertencer ao mercado a fim de aumentar seu poder contratual e criar empoderamento.

Existem duas formas que podem ser propostas para que o sujeito consiga fazer parte do mercado: ou ele se torna “forte” ou continua “fraco” e a mudança ocorre no próprio mercado, que deixa de ser mercado dos “fortes” para ser mercado de trocas. O direito à negociação, então acontece num mercado de trocas, trocas estas tanto afetivas quanto de mercadorias. Sendo caracterizado como mercado de trocas deixa seu aspecto excludente onde as pessoas portadoras de sofrimento psíquico, ou seja, “fracas” não poderiam participar (Saraceno, 1999).

Essa transformação, onde “fracos” e “fortes” podem fazer parte de uma rede de negociação é dizer que se aumenta a capacidade contratual da pessoa portadora de sofrimento psíquico. É necessário definir com precisão os eixos sobre os quais se constrói o aumento da capacidade contratual, e onde os projetos terapêuticos devem ter suas bases.

Estes são expostos pelo autor, como: 1) morar; 2) trocar as identidades (redes sociais) e 3) produzir e trocar mercadorias e valores (trabalho).

Os três eixos da reabilitação descritos são referencial para auxiliar na elaboração da construção de projetos terapêuticos singulares

Aranha e Silva (2005) afirma que o projeto de reabilitação deve interferir em ações concretas em três níveis:

1. no nível individual: “o paciente, seu diagnóstico e seu contexto”: produzindo projetos de vida que buscam a des-identificação da pessoa com a doença;
2. no nível institucional: “o serviço, seu contexto e os recursos, problematizando a codificação científica da doença que define com parâmetros medico-sanitários o limite da norma que o comportamento mórbido pode transgredir” e se a relação que a pessoa estabelece com a codificação e com a instituição promove uma posição de submissão ou de autonomia;
3. no nível estrutural: a lei orgânica de saúde, os princípios do SUS, regulamentações, “diretrizes e políticas do setor”.

Estes níveis de organização do trabalho devem estar alinhados ao campo psicossocial e a reabilitação psicossocial como cidadania. Somente assim será possível que não se tornem estáticos e remetam ao paradigma psiquiátrico.

Se remetidos ao campo psiquiátrico estariam presos ao diagnóstico e a classificações das doenças como eixo para seu trabalho. Os diagnósticos psiquiátricos, quando utilizados sozinhos, levam ao inevitável foco na doença e são os fatores que mais contribuem para o fracasso das técnicas terapêuticas utilizadas pelos serviços de saúde mental.

Além da pobreza do diagnóstico exclusivo e da intenção da remissão dos sintomas como fator preditivo da eficácia de programas que orientam os processos de trabalho, esse não é um instrumento que permite obter informações a respeito do contexto da vida real do indivíduo (Aranha e Silva, 2005).

Através de uma análise crítica sobre a utilização única do diagnóstico e da classificação das doenças, os três níveis de organização do trabalho (ou seja, os profissionais que prestam cuidados diretos, os gestores que gerenciam as unidades de saúde e os políticos que são responsáveis por redigir a legislação que orienta as políticas da Saúde Mental) podem organizar suas ações.

Assim Saraceno (1999) afirma que as informações trazidas pelo contexto de vida da própria pessoa que experiencia sofrimento psíquico juntamente com seus percursos vividos, estão obviamente “mais conectadas à vida do paciente do que à

sua doença, cuja identidade autônoma da vida é um artefato de organização do tratamento”.

Saraceno (1999) demonstra ainda que a organização do trabalho deva estar atenta às variáveis que um sujeito carrega consigo que são singulares a cada pessoa. A questão situacional do sujeito deve guiar as ações de trabalho no campo da saúde mental dentro da perspectiva do campo psicossocial, porque são consideradas “variáveis reais que mudam as vidas reais das pessoas reais”.

Portanto, o projeto terapêutico singular será coerente se estiver de acordo com os eixos da reabilitação como cidadania. Deve ser capaz de captar os ruídos externos à pessoa e também a sua singularidade, necessita considerar os ambientes aos quais faz parte, o modo como participa deles e o modo que estes locais possam produzir real valor de pertencimento e dê um sentido real ao local onde mora, ao trabalho e as suas redes sociais (Souza, 2011).

2.2.1 Formas de morar

As pessoas com sofrimento psíquico que não estão em hospitais psiquiátricos estão nas casas de suas famílias, em casas solitárias, em residências terapêuticas, ou nas ruas. Esse “estar” tem a ver com a sua reabilitação (Saraceno 1999).

Um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio “estar” em qualquer lugar se torna um “habitar” esse lugar. Entre estar e habitar existe uma grande diferença (Saraceno 1999).

O estar não mostra propriedade. O indivíduo neste espaço não mostra poder decisional nem material e nem simbólico. Já no habitar encontra-se propriedade, neste lugar há um grau elevado de contratualidade em relação a organização material e simbólica dos espaços e objetos.

A reabilitação precisa se ocupar da casa e do habitar. A partir disso procura-se entender qual é, na realidade, um dos compromissos da reabilitação. A casa é definida como um “complexo de experiências concretas de reaquisição-

reaprendizagem do uso dos espaços” (Saraceno, 1999), sendo assim as linhas institucionais não existem mais. Neste quadro faz sentido o uso de objetos e a vida cotidiana, o que pressupõe a existência de uma casa presente. Os dois conceitos de casa e habitar, então não se fazem separados.

No hospital psiquiátrico os objetos não trazem consigo real sentido tanto de organização como afetivos e tão pouco as diversas experiências de vida cotidiana, como; cozinhar, comer, caminhar, trabalhar. Essa experiência deve encontrar, então, legitimidade no habitat que o indivíduo tenha como casa (Saraceno 1999).

No ambiente institucional todas estas funções acontecem num mesmo lugar, com as mesmas pessoas e sob regras que devem ser seguidas e são de normas institucionais. Não se tem governabilidade sobre o cotidiano. O homem tende a exercer atividades dos três eixos da reabilitação como cidadania, (morar, redes sociais e trabalhar) que podem ser exemplificados em ações como; dormir, divertir-se e trabalhar, em lugares diversos. Segundo Saraceno (1999), no caso de uma instituição manicomial todos estes três acontecem num mesmo cenário sob uma mesma autoridade. É preciso

ter teoricamente separada as noções de habitar e de casa, assumindo que é possível trabalhar sobre o eixo habitat mesmo na ausência de uma casa, sendo a casa uma das formas possíveis do habitar, mas não a exclusiva.

Com esta concepção, então o eixo habitat é fundamental à reabilitação. Assim podem-se formular políticas dos programas que assumam modificar o habitat seja ele o manicômio, casas, hospitais dias, ambulatorios, residências protegidas ou mesmo o próprio domicílio “é o processo de transformação de espaço e lugar, de instituição residencial em habitat o que deve dar sentido à prática reabilitativa” (Saraceno, 1999).

2.2.2 Trocar as identidades

Muramoto (2008) afirma que existem diversas definições e conceitos de rede social.

Emirbayer e Goodwin (1994) defendem que a rede social é “um conjunto de relações ou ligações sociais entre um conjunto de atores (também ligados entre si)”.

Griep et al. (2003) afirmam que a rede social pode ser definida como um “grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social ou ainda uma rede de relacionamentos sociais que envolvem um indivíduo e as características desta ligação”.

A rede social pode acontecer e se fazer em qualquer lugar que um indivíduo sinta pertencimento e realize trocas. Pode ser o núcleo familiar, a igreja, o bar, os serviços de saúde ou qualquer lugar que o indivíduo demonstre alguma forma de vínculo social com outras pessoas.

Molina (2005) divide em sete os tipos de rede que um indivíduo pode pertencer. Esses tipos de redes são divididos em: “familiares próximos”, “familiares (parentes)”, “melhores amigos”, “colegas”, “companheiros de trabalho”, “vizinhos” e “conhecidos”.

A autora ainda afirma que os tipos de relação familiares são, freqüentemente, os mais expressivos tipos de rede de uma pessoa. Pesquisas apontam que podem chegar a ocupar 70% das redes sociais do indivíduo. Principalmente se estes indivíduos estiverem em “desvantagem” social, que a autora exemplifica como cidadãos refugiados de guerra, minorias étnicas, comunidades imigrantes, entre outros.

Geralmente os usuários dos serviços de saúde mental tendem a ter essas redes sociais empobrecidas e focadas em suas famílias, assim como foi dito que acontece com populações em desvantagem social, e focadas, também, nos serviços de atenção a saúde mental que freqüentam.

Nesta constatação consiste a importância de que os serviços de saúde mental, conhecendo este empobrecimento, possam criar processos de trabalho de fortalecimento de protagonismo dos atores nas diversas redes sociais e suas relações.

Mesmo que os profissionais dos serviços de saúde mental devam ter a consciência da necessidade de investimento em outras redes sociais, que amplie a

participação da pessoa portadora de sofrimento psíquico, não se pode negar a importância do co-envolvimento da família no processo terapêutico e nos projetos de reabilitação.

A pessoa com sofrimento psíquico deposita, geralmente, muito afeto e papel expressivo do núcleo familiar na representação, algumas vezes única, de suas redes sociais.

Saraceno (1999) aponta que é mais fácil trabalhar e investir na rede familiar uma vez que além de mais expressiva é bem delimitada. O que acarreta um número maior de formalizações de intervenções existentes neste tipo de rede. Elucida que intervenções familiares deveriam ter os seguintes objetivos:

Diminuir o risco de recaídas, melhorar a qualidade de vida dos familiares e do próprio paciente, e ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas da desabilitação.

O autor afirma, ainda, que as investidas nas intervenções nas redes familiares devem aumentar a estabilidade emocional da família e aumentar individualmente as capacidades dos familiares de interagir com o paciente. Estas investidas também precisam cuidar dos familiares e fazer com que sejam capazes e exprimir suas necessidades e sentimentos

Não é preciso negar o cuidado especial e a importância às intervenções voltadas especificamente ao núcleo familiar para também refletir sobre a importância do olhar que pretende ampliar as redes sociais. Intenta-se, na verdade, atrelar a este saber a importância da expansão das redes sociais (Muramoto, 2008).

Diversos estudos relatam que a integração em redes sociais fortes e sustentadoras pode trazer benefício para a saúde e que a relação inversa, ou seja, a pobreza de relações sociais significantes pode configurar-se como fator de risco (Muramoto, 2008).

A ampliação da rede social da pessoa com sofrimento psíquico e seu fortalecimento, para que seja extra-familiar, deve contar com o que é oferecido pelo território.

Estes locais devem ser uma forma possível de inserção real do indivíduo em outras redes sociais e estes outros ambientes devem ter sentido verdadeiro para esta pessoa.

Os serviços de saúde mental devem estimular o indivíduo a frequentar esses ambientes e, quando possível, os serviços também podem fazer parcerias com estes lugares. Ambientes estes como: CEUs, parques da cidade, UBS, escolas, locais de trabalho, associações de bairro, entre outros locais, ou na verdade qualquer local onde possa haver trocas sociais.

Outro aspecto de reflexão que pode aumentar o saber dos profissionais dos serviços de saúde mental sobre a relevância das redes sociais constituírem parte dos projetos terapêuticos desenvolvidos para cada usuário da rede de saúde mental é o de que existe um ciclo vicioso onde o declínio da rede social traz enfermidade e a enfermidade por sua vez leva ao declínio ainda maior da rede social.

Muramoto (2008) afirma que se podem entender os benefícios trazidos à saúde pelas relações sociais uma vez que estas têm o poder de monitoramento sobre a saúde. O que quer dizer que quando uma pessoa fica doente (sob qualquer enfermidade) o olhar do outro pode ajudar a controlar comportamentos que tragam saúde e bem-estar.

A pessoa doente, vista pelo olhar e cuidado do outro que a ajuda a controlar sua saúde, pode corrigir comportamentos inadequados, dar maior atenção a sintomas visíveis, tais como palidez, perda de peso ou hábitos impróprios, bem como rotinas de dieta exercícios, características do sono e muitos outros aspectos. Este tipo de apoio social também pode facilitar a adesão a regimes medicamentosos e tratamentos. Pois as relações sociais contribuem para dar maior sentido à vida, para causar no outro uma sensação do que é necessário num determinado lugar, de que está sendo cuidado, gerando e favorecendo a re-organização deste sujeito, que pode estar desorganizado pelo processo de adoecimento.

Este fenômeno não é diferente para as pessoas em tratamento psíquico, as redes sociais fortalecem os indivíduos. Esta constatação, porém, será sem valia se não for transposto para ações de trabalho reais dos serviços de saúde.

Os trabalhadores dos serviços devem criar estratégias para estimular o fortalecimento das redes. Não devem apenas cronificar os usuários dentro do

serviço de saúde mental. Devem estimular as trocas benéficas trazidas por uma rede social fortalecida. Estratégias de fortalecimento de rede só serão de fato efetivas se considerarem a pessoa com sofrimento psíquico de forma singular, seu contexto de vida, suas redes pré-existente, seus desejos, suas peculiaridades.

A inserção na rede não se faz por uma estratégia única e estática deve se desenvolver conforme as possibilidades da própria pessoa, para que auxilie na produção de protagonismo e fortalecimento de relações.

2.2.3 Produzir e trocar mercadorias e valores

O eixo do trabalho é discutido por diversos autores como intrigante por apresentar uma dificuldade em romper com paradigmas anteriores associados a sua existência dentro das instituições totais.

Estas instituições atribuem um valor apenas terapêutico ao trabalho o que desconfigura sua característica básica que é constituída de troca de mercadorias e de valor com uma “função de produção de sentido econômico, social e psicológico” (Saraceno, 1999).

Uma vez atrelado e simplificado apenas à forma terapêutica e de entretenimento, a dificuldade em romper com esse paradigma conflui para que a perda de sua essência propriamente dita de trabalho.

Lussi, Pereira, Pereira Junior (2006) indicam que o trabalho enquanto promotor de trocas de mercadoria e de valor deve romper com sua ênfase terapêutica, e ser legítimo.

O trabalho legítimo, para qualquer cidadão, tem sentidos subjetivos e não subjetivos que lhe conferem grande valia. Faz com que o cidadão consiga adquirir pertencimento à organização social, possibilita poder de acesso a bens materiais, confere autonomia, implica empoderamento do cidadão perante suas redes sociais, aumenta a auto-estima, aumenta os tipos de redes sociais que pertence. Logo o trabalho confere ganhos materiais e imateriais aos trabalhadores (Silva, 2009). O trabalho pode ser um meio de sustento e/ou um meio de auto-realização.

Pinho et al. (2013) realiza um estudo sobre as concepções dos trabalhadores dos serviços de saúde mental quanto aos eixos da reabilitação psicossocial num serviço específico para atender álcool e drogas e sustenta que o trabalho é o meio pelo qual o cidadão pode satisfazer suas necessidades como; comer, vestir, morar, fumar, e também pode reproduzir a vida social: o lazer, convivência e liberdade.

Segundo o estudo, no eixo do trabalho os profissionais do serviço salientam que as parcerias com serviços da rede, como cursos profissionalizantes e as oficinas de trabalho que acontecem nos serviços de saúde mental produzem um ambiente de não exclusão e sim de inclusão social pelo trabalho.

As propostas de geração de trabalho e renda têm iniciado um processo, ainda que esteja sendo aprimorado cotidianamente, de se organizar nas concepções propriamente ditas do trabalho legítimo, como afirmam os profissionais do campo da saúde mental; “pegam encomendas, se responsabilizam pelas encomendas tem alguns que já vivem do trabalho que fazem aqui, tanto de pães quanto de tapetes” (Pinho et al., 20013).

Contudo, não se pode ignorar o fato de que as pessoas com sofrimento psíquico sofrem exclusão social e encontrem na sociedade atual grande dificuldade de acesso ao trabalho. Essas dificuldades relacionam-se ao preconceito histórico que estigmatiza as pessoas com sofrimento psíquico as definem como incapazes pela sua dificuldade de adaptação ao mercado capitalista competitivo.

A psiquiatria, desde seu surgimento, associou o transtorno psíquico à falta de adaptabilidade do homem ao processo produtivo, tomando-o como um critério diagnóstico que considera como saudável e normal somente àquele que dispõe de condições físicas e psíquicas para ser considerado habilitado como mão-de obra ou força como trabalho disponível para a subordinação e inclusão ao processo de produção (Aranha e Silva, 1997).

A dificuldade de adaptação ao modo de produção capitalista se dá por uma freqüente desvantagem no jogo social no qual a pessoa com sofrimento psíquico se encontra. Aranha e Silva (1997) afirma que esta desvantagem se dá por freqüentes características que este grupo apresenta, como:

baixo grau de escolaridade, formação profissional precária, inserção preconceituosa no imaginário coletivo, habilidade intelectual restringida pelo uso de psicofármacos, relação familiar permeada pela desconfiança com relação a sua capacidade produtiva, além da condição sócio-econômica dependente.

Outras formas de acesso ao mundo do trabalho, como as experiências de geração de renda dos serviços de saúde, as cooperativas e o trabalho solidário implicam na produção de autonomia e inclusão social e econômica das pessoas com sofrimento psíquico.

O Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria Nacional de Economia Solidária – SENAES do Ministério do Trabalho e Emprego, têm estimulado a criação de empreendimentos solidários, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, com programa de inclusão social pelo trabalho (Brasil, 2005).

Esta outra forma de organização do trabalho de pessoas que são usuários do serviço de saúde mental torna possível que o trabalho aconteça, na perspectiva da reabilitação psicossocial. Porque deixa de ocupar o lugar de tratamento, como acontecia no tratamento moral e de dispositivo de adaptação social.

Aranha e Silva (1997), ainda sustenta, por meio da fala do trabalhador com sofrimento psíquico que

o trabalho inovador associado a um tratamento, amplia a relação intersubjetiva, altera o rigor com que julga-se, interfere e modifica a trama das relações de rede social, principalmente as redes mais próximas como núcleo familiar, parentes próximos, amigos e vizinhos.

A alternativa de organização do trabalho de pessoas com transtorno psíquico que contrapõe a lógica capitalista dá ao trabalho característica de direito de cidadania.

O paradigma psiquiátrico se defronta com outra visão, com práticas inovadoras para colaborar para a apropriação do trabalho pelas pessoas com sofrimento psíquico. "Este processo confere cidadania àqueles que trabalham" (Saraceno, 1999).

As dificuldades da inserção no trabalho legítimo para pessoas com sofrimento psíquico podem ser amenizadas. Ballan (2010) afirma que sustentar e operacionalizar projetos de geração de trabalho e renda é um instrumento que provoca protagonismo, autonomia e inclusão social. São projetos que devem se configurar como antagônicos ao mercado competitivo. “Segue-se então a lógica do trabalho como direito” (Souza, 2011).

Os profissionais devem dirigir, também, sua organização de trabalho e a construção do projeto terapêutico singular para o eixo do trabalho e/ou obtenção de renda para que os projetos terapêuticos de fato sejam propostos dentro dos eixos da reabilitação psicossocial como cidadania.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o tema Projeto Terapêutico Singular.

Os objetivos específicos são:

- a. Verificar se a literatura sobre PTS destaca se os pressupostos teóricos e conceituais do campo psicossocial e da reabilitação psicossocial como cidadania são contemplados nas experiências analisadas, relatadas ou avaliadas;
- b. Indicar a re-organização do trabalho com vistas à construção compartilhada do PTS junto ao usuário, no campo psicossocial, a partir das normativas e diretrizes do Ministério da Saúde, na vigência da RAPS.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, aplicando-se um método sistemático, amplo e acurado. Através deste método, é possível construir e sintetizar conhecimentos por meio da análise dos resultados apresentados nos diferentes estudos (Roman, Friedlander, 1998). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) este tipo de revisão agrupa pesquisas já realizadas sobre determinado assunto e constrói conclusões a partir de diferentes estudos, que investigam problemas semelhantes.

A identificação do conhecimento sobre um conceito específico requer leitura, análise, síntese e, em alguns casos, é necessário reconstruir ou aprimorar este conhecimento. A leitura exaustiva dos trabalhos prévios realizados na área de interesse pode identificar limitações atreladas ao método de estudo utilizado e a possíveis questões ainda não respondidas (Broome, 2000).

A revisão integrativa permite aprofundar no entendimento de determinado tema, o que possibilita o desenvolvimento do próprio conceito sobre este. O tema pode apresentar lacunas, visto que a revisão utiliza-se de conhecimentos já produzidos (Broome, 2000).

Uma revisão integrativa deve contribuir para a prática dos profissionais de saúde em seus ambientes de trabalho, pois impacta no pensamento crítico, melhorando a qualidade dos serviços prestados (Souza, Silva, Carvalho, 2010; Stetler et al, 1998), visto que modifica os processos de trabalho.

A elaboração de uma revisão integrativa fundamenta-se em seis fases:

1. A primeira fase consiste na elaboração da questão de pesquisa. Segundo Broome (2000) esta deve ser uma pergunta explícita e clara para que seja possível desenvolver uma estratégia de busca com palavras-chave e

descritores, para sistematizar a identificação dos estudos que serão utilizados na revisão.

2. A segunda fase consiste na amostragem. Nela serão definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos para que se possa iniciar a busca nas bases de dados previamente definidas. Uma das fases mais importantes da revisão integrativa consiste na seleção dos estudos a serem incluídos, pois é um indicador crítico para avaliar o poder de generalização e confiabilidade das conclusões (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).
3. A terceira fase da revisão integrativa compreende a categorização dos estudos e requer a elaboração de um instrumento de coleta de dados, objetivando reunir informações chaves dos estudos selecionados. A definição de quais informações serão coletadas nos estudos é a essência da revisão integrativa, sendo esta, uma fase comum a qualquer pesquisa (Ganong, 1987). A sistematização dessas informações sumariza e documenta de modo conciso dados dos estudos coletados, com particular relevância para os objetivos, a metodologia e os resultados. A organização cronológica dos estudos selecionados permite ao pesquisador contemplar a evolução histórica acerca do conhecimento na temática (Broome, 2000).
4. A quarta fase corresponde a avaliação dos estudos incluídos, ou seja, análise dos dados coletados. É neste momento que o pesquisador realiza a leitura exaustiva de cada um dos estudos a fim de extrair a sua essência, tendo como foco a resolução de sua questão de pesquisa.
5. A quinta fase da revisão integrativa compreende a interpretação dos resultados. Aqui, os dados dos estudos coletados são comparados ao conhecimento teórico, trazendo amplas possibilidades ao pesquisador para discussão do tema, sobre seus impactos políticos e práticos; permitindo sugestões para melhora dos processos de trabalho e desenvolvimento de novas ferramentas.
6. A sexta e última fase destaca-se pela síntese do conhecimento evidenciado nos estudos analisados. É preciso detalhar explicitamente a metodologia

utilizada na condução da revisão integrativa, fundamentando suas conclusões.

O presente estudo seguiu as seis etapas necessárias para realização da Revisão Integrativa, conforme síntese apresentada no quadro a seguir (Mendes, Silveira, Galvão, 2008):

Quadro 4 - Etapas para realização da Revisão Integrativa da Literatura - São Paulo, 2015.

Etapas	Título	Descrição
01	Questão de pesquisa	Escolha e definição do tema. Objetivos. Identificação das palavras-chave. Tema relacionado com a prática clínica.
02	Amostragem	Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão. Bases de dados. Seleção dos estudos.
03	Categorização dos estudos	Extração das informações. Sumarização das informações. Construção do banco de dados.
04	Avaliação dos estudos incluídos	Análise crítica dos estudos selecionados.
05	Interpretação dos resultados	Discussão dos resultados. Propostas para a prática. Sugestões para futuros estudos.
06	Síntese do conhecimento	Resumo das evidências disponíveis.

4.2 QUESTÃO NORTEADORA DA PESQUISA

A presente revisão integrativa da literatura é pautada na seguinte questão: A construção do Projeto Terapêutico Singular no campo psicossocial atende a seus pressupostos teóricos e conceituais?

4.3 HIPÓTESES DO ESTUDO

As hipóteses são essenciais para orientar os rumos e o grau de controle de qualquer pesquisa. É preciso que se tenha uma dedução, um questionamento ou uma intuição que leve a reflexão e a busca à solução do problema de pesquisa que

deriva em hipóteses. A hipótese é uma parte da realidade de um todo, que tem um referencial e um problema primordial, configuram uma formulação provisória na busca do saber sobre o que está certo ou errado, ou seja, se a teoria é demonstrável (Barros, 2008).

O estudo insere-se no campo psicossocial e sua práxis, assume que o Projeto Terapêutico Singular é um instrumento organizador das estratégias de cuidado e uma ferramenta-chave para implementação ou invenção de práticas que reformulem a atenção em saúde mental rompendo com o modelo manicomial psiquiátrico.

Assim tem-se a hipótese de que o discurso dos profissionais/atores do campo da Saúde Mental é alinhado ao campo psicossocial, porém sua prática e cotidiano efetivos ainda não conseguiram romper com o antigo paradigma psiquiátrico.

Nesse cenário, espera-se, através da revisão integrativa da literatura, identificar os desafios encontrados na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, suas problematizações e considerações teórico-práticas.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O material de estudo é constituído por artigos, teses, protocolos, guia de recomendações para assistência, portarias e diretrizes do Ministério da Saúde e resenhas que englobem o tema “Projeto Terapêutico Singular”, sem restrições de ano de publicação e de literatura nacional e internacional. Busca estudos que tragam diretrizes e dados históricos, teóricos, conceituais e de práxis sobre este tema e o campo no qual está inserido, o campo psicossocial.

Foram excluídos os estudos que não correspondiam a questão da pesquisa, como também estudos que contivessem populações ou situações específicas, ou com enfoque na nosologia de cada doença referente aos transtornos mentais. Foram descartados também estudos em duplicidade.

4.5 FONTES DE BUSCA DO ESTUDO

Para seleção dos estudos foram consultadas as seguintes bases de dados:

Quadro 5 - Bases de dados - São Paulo, 2015.

Banco de Teses e Dissertações da CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Disponibiliza teses e dissertações defendidas em programas de pós-graduação do país.
Banco de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo	A Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo foi criada para disponibilizar na Internet o conhecimento produzido pelos trabalhos defendidos na USP, permitindo que as comunidades, brasileira e internacional, possam ter em mãos a versão digital completa das teses e dissertações, sendo inaugurada em 2001 juntamente com Portal do Conhecimento. A Biblioteca Digital está associada a uma iniciativa global reconhecida pela UNESCO, a Networked Digital Library of Theses and Dissertations, o que lhe garante maior confiabilidade e abrangência, e também associada ao Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia, através da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde é uma rede de gestão da informação, intercâmbio de conhecimento e evidência científica em saúde, que se estabelece por meio da cooperação entre instituições e profissionais na produção, intermediação e uso das fontes de informação científica em saúde, em acesso aberto e universal na web, consolidada como estratégia de cooperação técnica na região da América Latina e Caribe e extensível a outras regiões em desenvolvimento, a BVS é promovida e coordenada pela Organização Pan-Americana da Saúde / OMS por meio do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
CINAHL	O índice acumulado para Enfermagem e Literatura Allied Health, é o recurso mais abrangente para enfermagem e aliados da literatura em saúde. Fornece indexação de 2.928 periódicos científicos nos campos da enfermagem e relacionados à saúde. A base de dados contém mais de 1.000.000 de registros datados desde o ano de 1981. Além disso, essa base de dados oferece acesso a livros de saúde, dissertações de enfermagem, atas de conferências selecionadas, padrões de prática, software educacional, materiais audiovisuais e capítulos de livros. O material em texto completo inclui 72 periódicos científicos, além de casos legais, inovações clínicas, registros de medicamentos, instrumentos de pesquisa e testes clínicos.
Pubmed	É o sistema mais importante de pesquisas de informação das ciências da saúde da U.S. National Library of Medicine, inclui mais de 23 milhões de citações de artigos de periódicos. Seu maior componente é a base de dados MEDLINE que indexa cerca de 5000 revistas dos Estados Unidos e mais de 80 de outros países.
Web of Science	É uma plataforma que permite o acesso integrado a bases de dados referenciais, como a Web of Science Core Collection, a Current Contents Connect, Derwent innovations Index, MEDLINE e SciELO Citation Index, assim como a outros recursos tais como Journal Citation Reports e Essential Science Indicators.

4.6 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

A estratégia de busca foi desenvolvida no período de agosto/2014 à setembro/2014 respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Foram encontrados obstáculos devido ao tema principal “Projeto Terapêutico Singular” não fazer parte dos descritores válidos para buscas. Assim foi necessário conhecer os descritores mais utilizados pelos autores que abordavam ao tema.

O cruzamento dos descritores “Assistência Integral à Saúde” and “Serviços de Saúde Mental” foi o que mais se aproximou da intenção da coleta de dados e seus devidos correspondentes em inglês “Comprehensive Health Care” and “Mental Health Services”. Em alguns casos foi preciso utilizar a palavra-chave projeto terapêutico singular (sem utilização de aspas) para refinar a busca que se mostrava muito abrangente.

4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA, TRATAMENTO E DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados requer a leitura exaustiva e criteriosa dos estudos para que se verifique a adequação ao tema e à questão norteadora da pesquisa.

Após uma primeira triagem, por meio de leitura de título e resumos, os estudos selecionados foram organizados segundo a ordem cronológica de publicação. Esta triagem respeitou os critérios de inclusão e exclusão.

Foram encontrados trinta e quatro (34) estudos no banco de dados PUBMED e selecionados três (03) estudos. Nesta busca utilizaram-se os descritores propostos correspondentes na língua inglesa. Contudo a busca mostrava-se muito abrangente trazendo resultados de temas distintos aos objetivos do estudo, assim foi necessário incluir a palavra-chave projeto terapêutico (Therapeutic Project) para que fosse possível especificar e afunilar a busca segundo a intenção da coleta.

Na BVS foram achados quinhentos e sessenta e cinco (565) resultados com dez (10) estudos selecionados. Nota-se que nesta Biblioteca Virtual em Saúde o

resultado das buscas foi vasto, pois se percebeu que utilizando a busca restrita apenas por “descriptor de assunto” estudos importantes não foram recuperados, isso ocorre devido a diversidade de descritores utilizados pelos autores que tratam do tema “projeto terapêutico singular”. Portanto optou-se por ampliar a busca utilizando os mesmos descritores, porém como palavras-chave presentes no “título, resumo ou assunto” das referências.

A busca na base de dados CINAHL trouxe cinquenta e um (51) achados sendo selecionado apenas um (01) estudo. Foram utilizados os descritores escolhidos para busca na língua inglesa.

A pesquisa realizada no banco de dados WEB OF SCIENCE resultou em oito (08) estudos sendo dois (02) deles selecionados.

A estratégia de busca foi experimentada de formas diferentes, afim de contemplar o maior número de estudos pertinentes a temática. Observou-se que o uso dos dois descritores combinados resultava em apenas uma referência, e quando utilizados como palavras-chave retornavam um número muito expressivo de estudos não condizentes com a temática.

Assim os dois termos (palavras-chave) já utilizados foram acrescidos da palavra-chave “projeto terapêutico” (therapeutic project) retornando oito (08) referências sendo que duas (02) delas foram selecionadas, o que confirma que a terceira estratégia mostrou-se mais adequada.

O banco de teses da USP apresentou sessenta e dois (62) resultados com a seleção de três (03) destes. Foi necessário moldar a busca de forma ampliada utilizando os descritores como palavras-chaves na busca simples, para que fosse possível recuperar referências pertinentes ao tema em questão.

Na busca ao banco de teses e dissertações da CAPES obteve-se setenta e sete (77) estudos, e destes dois (02) foram selecionados. Nesta pesquisa foram utilizados os descritores inicialmente propostos, contudo aponta-se que esta base não trabalha com o uso de descritores, porém como palavras-chave.

Em seguida, ocorreu a leitura dos estudos selecionados na íntegra, onde se descartou mais sete (07) estudos que não contemplavam os critérios de inclusão. Assim foram analisados 14 estudos como objeto desta pesquisa.

Os estudos selecionados nesta Revisão Integrativa foram tratados de forma descritiva, com extração das informações sobre suas características, metodologia e principais resultados que corresponde a pergunta de pesquisa. Este tratamento ocorreu através de leitura criteriosa e exaustiva de cada estudo selecionado.

4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os estudos foram organizados seguindo os itens que compõem os formulários A (Apêndice 1) e B (Apêndice 2), conforme descrito a seguir, que são específicos para organização da coleta de dados.

O formulário A é composto pelos campos: estudo, autor (es), título, fonte e origem e, o formulário B inclui o detalhamento dos estudos: título do estudo, autor(es), tipo de estudo, objetivo, método, resultados, conclusões.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por meio de fluxogramas e quadros correspondendo aos objetivos deste estudo, ou seja, com levantamento dos estudos selecionados que correspondeu a intenção de busca de estudos científicos sobre o tema projeto terapêutico singular.

5.1 FLUXOGRAMAS DE RESULTADOS POR BASES DE DADOS

A seguir apresentam-se fluxogramas com o levantamento e seleção dos estudos científicos segundo suas bases de dados.

Figura 1 - Busca de dados efetuada na PUBMED. Descritores “comprehensive health care” and “mental health service” and therapeutic projects

Figura 2 - Busca de dados efetuada na BVS. Palavras-chave. “assistência integral à saúde” and “serviços de saúde mental”

Figura 3 - Busca de dados efetuada na CINAHL. Descritores. “comprehensive health care” and “mental health services”

Figura 4 - Busca de dados efetuada na Web of Science. Descritores. “comprehensive health care” and “mental health service” and therapeutic project

Figura 5 - Busca de dados efetuada no Banco de Teses da USP. Palavras-chave. “assistência integral à saúde” and “serviços de saúde mental”

Figura 6 - Busca de dados efetuada no CAPES. Palavras-chave. “assistência integral à saúde” and “serviços de saúde mental”

A busca contemplou um total de setecentos e noventa e sete (797) resultados, sendo que destes foram selecionados quatorze (14) estudos. Nota-se que houve um grande número de descartes de estudos. Isto se deve a muitos estudos tratarem de assistência integral à saúde para temas específicos, como projetos de cuidado para estresse pós guerra, doenças específicas, populações específicas, como idosos e álcool e outras drogas.

Foram também descartados artigos que não respondiam a questão de pesquisa e que apareceram em mais de um banco de dados.

A busca bibliográfica, desta revisão integrativa sinaliza que é um tema explorado por poucos autores, apesar dos estudos achados demonstrarem profundidade teórica, conceitual e de importantes discussões reflexivas frente à prática. É preciso descrever e escrever sobre as ações dos profissionais, dos gestores e dos políticos neste tema para que através de críticas e reflexão se torne possível construir uma práxis coerente com seu modelo teórico e conceitual com a intenção de quebrar o paradigma psiquiátrico e promover a reabilitação como cidadania.

5.2 IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES, TÍTULOS, FONTE E ORIGEM

Observa-se no Quadro 01 que os 14 estudos foram produzidos no período de 1997 até 2014 e em âmbito nacional com exceção de um estudo realizado na Suíça. Isto se deve à criação da ferramenta “projeto terapêutico singular” ser recente e nacional, sendo assim pouco disseminado no nível internacional.

Este tema, embora de extrema importância, parece ser um objeto ainda pouco explorado e de pouca frequência na pesquisa científica. Nota-se que nos últimos nove anos as pesquisas sobre o tema vem se intensificando, fato positivo para a o enriquecimento dos processos de trabalho.

As dissertações e teses têm abordado este tema a partir de 2006. Até então o projeto terapêutico era abordado, geralmente em artigos descritivos e programas do MS a fim de orientar suas diretrizes.

O título geralmente contém o termo projeto terapêutico singular o que facilita aos leitores e pesquisadores logo identificar os estudos, porém a falta de rigor quanto aos descritores que devem ser utilizados neste tema (uma vez que o próprio tema não faz parte dos descritores válidos) dificulta as buscas, tendo que muitas vezes serem necessárias buscas abrangentes afim de não perder-se estudos de grande valia.

Quadro 6 - Distribuição dos estudos analisados quanto aos autores, título, fonte e origem – São Paulo, 2015

Estudo	Autor(es)	Título	Fonte	Origem
E1	Saraceno, B	Psychosocial rehabilitation as a public health strategy.	Psychiatric Rehabilitation Journal. 1997,20(4):10-5.	Geneva, Suíça
E2	Santos, A.S.	Projeto Terapêutico Individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência.	Tese de doutorado. 2006	Ribeirão Preto - SP
E3	Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.	A construção da Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.	Série B. Textos Básicos de Saúde. 2007	Brasília – DF - Brasil
E4	Sanduvette, V	Sobre como e porque construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS)	Psicologia USP. 2007, 18(1), 83-100.	São Paulo - Brasil
E5	Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP.	Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental.	Revista de Saúde Pública. 2009,43 (suppl. 1):16-22.	São Paulo - Brasil
E6	Machineski GG, Lima MADS, Bonilha ALL, Schneider JF.	A percepção dos usuários em relação às prática de saúde: uma análise literária	Online Brazilian Journal of Nursing. 2009,2(8).	Rio de Janeiro – Brazil
E7	Barros, JO.	A construção de projetos terapêuticos no campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado	Dissertação de mestrado. 2010	São Paulo – Brasil
E8	Boccardo, A.C.S.; Zane, F.C.; Rodrigues, S.; Mângia, E. F.	O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2011, 01(22):85-92.	São Paulo – Brasil
E9	Mororó, M.E.M.L.; Colvero, L.A., Machado, A.L.	Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos	Rev. Esc. Enferm. USP 2011; 45(5):1171-6	São Paulo – Brasil
E10	Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, Andrade AS.	Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.	Texto e Contexto na Enfermagem. 2011,20(3):493-502.	Ceará – Brasil
E11	Vasconcelos, MGF.	Projeto terapêutico como dispositivo de cuidado na rede de saúde mental e sua (des) – articulação com a estratégia de saúde da família (ESF).	Dissertação de mestrado. 2011	Ceará - Brasil
E12	Duarte, MJO	O processo de construção do campo psicossocial na política pública de saúde mental: uma análise micropolítica da produção do cuidado.	Tese de doutorado. 2012	Rio de Janeiro - Brasil
E13	Dorigatti, A.E.; Aguilar, M.L.; Madureira, R.M.; Fonseca, F.G.; Campos, R.T.O.; Nascimento, J.L.	Projeto terapêutico singular no âmbito da Saúde Mental: uma experiência no curso de graduação de medicina.	Revista Brasileira de Educação Médica. 2014,38(1):113-119.	São Paulo - Brasil
E14	Hori AA, Nascimento AF.	O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brazil	Ciência & Saúde Coletiva. 2014,19(8):3561-71.	São Paulo - Brasil

Com relação ao tipo de publicação, o quadro 07 a seguir, ilustra que foram encontrados tanto diretrizes apresentadas pelo MS quanto artigos, dissertações, teses e resenhas. Estes dados foram organizados em tabela, para melhor visualização de seu conteúdo.

Quadro 7 - Estudos incluídos, conforme tipo de publicação - São Paulo, 2015.

TIPO DE PUBLICAÇÃO	ESTUDOS	Total	
		N	%
Programas, Protocolos, Guia de Recomendações para Assistência, Diretrizes.	E3	1	7,1
Artigos	E4, E5, E6, E8, E9, E10, E13, E14	8	57,2
Teses e Dissertações	E2, E7, E11, E12	4	28,6
Opinião, Resenha	E1	1	7,1
TOTAL		14	100

5.3 TIPO DE ESTUDO, OBJETIVOS, MÉTODOS, RESULTADOS E CONCLUSÕES

O item 4.3 descreve os tipos de estudo, objetivos, métodos, resultados e conclusões dos trabalhos selecionados e sumariza de forma concisa o conteúdo dos trabalhos.

Para melhor visualização estes resultados serão apresentados em forma de quadros. Organizados seguindo a seqüência cronológica de Quadro 08 a Quadro 21. Os estudos foram identificados numa seqüência do primeiro (E1) ao último estudo (E14).

Quadro 8 - Estudo 01 – São Paulo, 2015

Título: Psychosocial rehabilitation as a public health strategy			Autor (es): Saraceno B		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E1	Artigo de jornal	Elucidar questões pertinentes a reabilitação psicossocial	Não se aplica	As questões referentes a reabilitação psicossocial são elucidadas, tais como: Cuidado Integral a saúde, atenção à saúde com base na comunidade, serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, políticas públicas que reorientem a prática de atenção a saúde mental. Apresenta o guia básico oferecido pela OMS e World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) que destaca os objetivos comuns do processo da reabilitação psicossocial.	A reabilitação psicossocial deve ser uma das estratégias do cuidado integral a saúde mental baseado na comunidade. O autor explicita que o projeto terapêutico singular (case management) não deve prover apenas tratamento (no sentido biomédico) mas sim facilitar o acesso aos recursos da comunidade para usuários do serviço de saúde mental e seus familiares.

Quadro 9 - Estudo 02 – São Paulo, 2015

Título: Projeto Terapêutico Individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência.			Autor (es): Santos AS		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E2	Tese	Verificar junto aos usuários, de um Caps, seus conhecimentos sobre as estratégias utilizadas em sua assistência terapêutica. Identificar a avaliação que o usuário faz do projeto terapêutico, delineado para seu tratamento, considerando as atividades como contribuição para sua assistência.	Estudo qualitativo com análise de conteúdo. Realizou-se entrevistas com os usuários de um CAPS em Ribeirão Preto.	Os resultados foram agrupados em 2 categorias: “atividades que contribuem” e “atividades que não contribuem” para o tratamento dos usuários. O CAPS nem sempre está estruturado para oferecer projetos terapêuticos individuais contínuos. Segundo os usuários, os vínculos são prejudicados pela constante troca de profissionais.	As atividades programadas para os usuários promovem seu vínculo com a Instituição e seus profissionais. A qualidade das relações estabelecidas com pacientes e familiares no exercício da cidadania, durante o transtorno mental, é mais importante que teorias e técnicas.

Quadro 10 - Estudo 03 – São Paulo, 2015

Título: A construção da Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.			Autor(es): Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E3	Material técnico	Não se aplica	Narrativa	O PTS é um conjunto de propostas e resultado da discussão coletiva da equipe interdisciplinar, que propicia uma atuação integrada, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. O PTS contém quatro momentos: 1) O diagnóstico: avaliação orgânica, psicológica e social, com foco nos riscos e vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. 2) Definição de metas: Propostas de curto, médio e longo prazo. 3) Divisão de responsabilidades: definir as tarefas de cada um. 4) Reavaliação: evolução e correções de rumo.	O Ministério da Saúde destaca que para construção do PTS, a equipe multidisciplinar deve considerar o indivíduo em sua totalidade (inserção social, modo de vida e de trabalho).

Quadro 11 - Estudo 04 – São Paulo, 2015

Título: Sobre como e porque construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS)			Autor (es): Sanduvetti, V		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E4	Artigo	Modificar a clínica. Criar protocolos e pensamentos reflexivos com a prática para que os Projetos Terapêuticos sejam construídos de formas inovadoras e reflexivas.	Foram realizados relatos do cotidiano. A autora pede aos trabalhadores que relatem tudo o que os pacientes fazem enquanto permanecem no CAPS. Foram realizadas cerca de duas mil entrevistas em dez anos. Foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo, as respostas foram codificadas e computadas, de acordo com categorias descritivas. As categorias geram uma relação de ações, que são organizadas em conjuntos temáticos. O que resulta, segundo a autora, em uma “fotografia”.	A partir de fotografias da realidade construídas, geram-se protocolos que instrumentalizam a equipe para identificar cada usuário em sua posição individual e coletiva, no seu conjunto de potencialidades. Isto permite criar “diagnósticos psicossociais”. Os quais permitem fundar e orientar o trabalho.	Após conhecer os três aportes trazidos pela autora: a) considerar o CAPS como organização de trabalho, b) reconhecer a reinvenção constante do cotidiano e c) administrar o CAPS com avaliação permanente de usuários e serviços. Estes aportes terem base no diagnóstico psicossocial, “as equipes CAPS podem investir no imaginário motor”, usar a imaginação para práticas, utilizar “improvisação coletiva” para mudar processos e utilizar este aprendizado para o trabalho criativo.

Quadro 12 - Estudo 05 – São Paulo, 2015

Título: Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental.			Autor (es): Campos RTO; Furtado JP; Passos E; Ferrer AL		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E5	Artigo	Avaliar os modelos assistenciais, de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede de centros de atenção psicossocial (CAPS).	Estudo qualitativo, realizado com 20 grupos focais em CAPS III na cidade de Campinas - SP. Discussão dos dados preliminares em oficinas para elaboração de um guia de boas práticas em CAPS III.	Observou-se dificuldade em realizar parcerias com as diversas redes do sistema de saúde. O trabalho em equipes de referência foi preferido por permitir e melhorar a discussão dos casos. Relatou-se número excessivo de usuários por profissional de referência.	A Instituição mostrou-se eficaz em atender o usuário e a família nos momentos de crise e de reabilitação. É necessário oferecer subsídios para a extensão da assistência noturna e aos finais de semana à equipe multiprofissional. Usuários e familiares devem ter acesso a mais informações em relação à doença, tratamento e medicações.

Quadro 13 - Estudo 06 – São Paulo, 2015

Título: A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária			Autor (es): Machineski GG, Lima MADDS, Bonilha ALL, Schneider JF.		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E6	Análise literária	Discutir os resultados de pesquisas sobre a prática de saúde e a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde públicos tanto da atenção básica quanto da atenção psicossocial.	O pesquisador compara uma dissertação e uma tese a fim de encontrar e possibilitar análise de seus pontos de convergências e singularidades.	O autor(es) identifica três temas: integralidade do cuidado; resolutividade dos problemas de saúde; participação dos usuários em movimentos organizativos.	Depara-se com desafios nos três temas encontrados. A integralidade do cuidado acontece de forma diversificada e pouco satisfatória. A resolutividade não é total. E por fim a participação de usuários é incipiente no atendimento na atenção básica e encontra limitações no atendimento psicossocial. O autor por fim propõe que os gestores e profissionais interajam com a população para que sejam construídos meios para atingir o cuidado integral.

Quadro 14 - Estudo 07 – São Paulo, 2015

Título: A construção de projetos terapêuticos no campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado			Autor (es): Barros, JO.		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E7	Tese	Pretende conhecer e comparar as preposições teóricas da construção do PTS, através da literatura e das concepções de profissionais que trabalham na saúde mental.	Revisão bibliográfica associada a entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas ocorrem no período de setembro a novembro de 2009 com a equipe multiprofissional de CAPS II e III.	Os dados mostram que os profissionais tem um discurso coerente com a Reforma Psiquiátrica e o campo psicossocial, porém a prática não condiz com o discurso. Assim a prática mostra, dificuldades de trabalho homogêneo da equipe, impacto na assistência devido divergências de gestão, dificuldade de interlocução na rede de suporte social e dificuldade de autonomia dos usuários no tratamento.	É urgente a reflexão sobre as práticas do processo de trabalho na saúde mental. É preciso que sejam serviços que consigam articular redes de saúde e sociais. É imprescindível que o cuidado tenha foco na vida do sujeito, suas vulnerabilidades de moradia, de poder aquisitivo, afetivas, na rede social e com sua família. Assim o estudo pretende que todos os atores envolvidos sejam mobilizados para construção e reflexão desta nova prática.

Quadro 15 - Estudo 08 – São Paulo, 2015

Título: O projeto singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental			Autor (es): Boccardo, ACS; Zane FC; Mângia EF		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E8	Estudo teórico	Compreender e discutir o PTS como uma estratégia central de organização do cuidado. Identificar diretrizes e princípios norteadores para sua construção e necessidades de reorganização dos serviços e práticas.	Foram selecionados 22 textos da literatura nacional, a partir de consultas de teses, artigos, livros, documentos oficiais. Buscou-se nas bases: DEDALUS USP, Scielo, Google acadêmico e no site do MS. Obtidos 63 textos, dos quais foram escolhidos 37 e após leitura completa foram selecionados 22 textos. A leitura e análise resultaram em três agrupamentos temáticos.	Os autores mostram concepções iguais ou complementares sobre a definição do PTS, assumem que este requer uma reorganização do serviço, com utilização da rede de serviços e a concepção central de reabilitação psicossocial. Defendem uma nova organização do trabalho e serviço por meio de “profissional referência”, “acolhimento”, “vínculo”, “responsabilização” e “reuniões de equipe”.	A transformação no modelo assistencial impõe aos CAPS desafios e obstáculos para criar uma nova forma de assistência. O PTS se institui como estratégia central para este novo modelo. O PTS implica mudanças transformadoras de práticas de cuidado e papéis da equipe. Encontra-se a necessidade fundamental de organizar o trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar. Assim a autora conclui que a adoção de modelos para projetos terapêuticos é uma construção que não é fácil, sendo assim, um processo complexo para seus atores envolvidos.

Quadro 16 - Estudo 09 – São Paulo, 2015

Título: Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos			Autor (es): Mororó MEML; Colvero LA; Machado AL		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E9	Qualitativo Cartográfico e Grupo focal	Poder analisar e descrever quais são os potenciais e os obstáculos dos profissionais da equipe para a construção do PTS.	Registrado um diário de campo, resultado de impressões da pesquisadora de encontros com profissionais e usuários do CAPS III Leste Diadema. Teve base na técnica do grupo focal. Realizados três grupos com equipe diurna e dois com a noturna, conduzidos por meio de um roteiro pré-elaborado. Nos encontros se discutiu três casos escolhidos pela própria equipe. Os dados que surgiram destas discussões foram então analisados. Neste artigo foi explicitado os resultados das discussões com o plantão noturno.	Os encontros demonstram a existência de uma cisão entre a equipe do plantão diurno e noturno. Os profissionais do plantão noturno não conhecem os casos com profundidade, não são devidamente apropriados das discussões e do PTS. Falta à equipe noturna espaços de trocas, assim ficam “alienados ao processo de intervenção junto aos usuários”.	Mostra os desafios do trabalho em equipe, preceito do CAPS e essencial para a construção real do PTS. Os principais desafios encontrados para a construção deste, são: a integralidade efetiva de turnos diferentes; uma organização de espaço sistemático para discussão de PTS com a participação de toda a equipe; registros mais rigorosos em prontuário para a possível transmissão de discussões, intervenções, impressões e definições da equipe. Portanto deve-se construir espaços de diálogo, para que se forme uma equipe de trabalho integrados.

Quadro 17 - Estudo 10 – São Paulo, 2015

Título Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva:			Autor (es): Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, Andrade AS.		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E10	Artigo	Analisar a construção do PTS dos usuários no CAPS de Sobral-CE.	Qualitativo, perspectiva crítica-reflexiva. Entrevista semi estruturada com 27 pessoas divididas em 04 Grupos (trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares de usuários, grupo de trabalhadores de saúde mental. Fluxograma para análise do modelo de atenção de um serviço de saúde.	03 categorias: Observou-se a inter-conexão com ESF, sendo o PTS feito inicialmente no apoio matricial nas UBASF. No CAPS, os casos são discutidos por toda a equipe para a construção do PTS; O PTS é flexível e focado no usuário, com atividades no CAPS e extra muros, com articulação com a Secretaria de Cultura e participação em espaços comunitários. Foi mencionada a construção do cuidado coletivo entre usuário / família / trabalhador, por meio da responsabilização de forma compartilhada.	Foi observada a utilização de tecnologias das relações e a participação multidisciplinar na construção do PTS de maneira dinâmica. A elaboração do PTS teve base no modo de compreender a vida do usuário, sua subjetividade e seu projeto de vida. A construção do PTS foi flexível, democrática e coletiva entre usuário/família/trabalhadores.

Quadro 18 - Estudo 11 – São Paulo, 2015

Título Projeto Terapêutico como dispositivo de cuidado na rede de saúde mental e sua (des) - articulação com a estratégia de saúde da família (ESF)			Autor (es): Vasconcelos MGF		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E11	Pesquisa qualitativa, com abordagem da teoria Hermenêutica de Paul Ricoeur	Compreender a construção do PTS em saúde mental na atenção primária e nos CAPS.	Utiliza abordagem da teoria hermenêutica da Paul Ricoeur, que busca a compreensão das narrativas dos usuários, familiares e profissionais. O cenário do estudo foram CAPS e UBS no município de Maracanaú-CE. Os sujeitos foram profissionais de ambos os serviços, familiares e usuários (34). Para coleta de dados utilizou-se entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática.	As narrativas apontam uma articulação precária entre CAPS e ESF, que ocorre por meio de encaminhamentos, porém inicia-se no município um movimento de integração da saúde mental com atenção primária por meio de matriciamentos. Encontram-se amarras que são entraves para os serviços, como; estrutura física do CAPS, rotatividade de profissionais, dificuldade de trabalho em equipe, inexistência de PTS individualizado, pouca participação de usuário e família na construção do PTS e alta demanda do serviço.	Observa-se a necessidade de políticas públicas que estimulem maior integração de serviços da rede, acionamento de redes sociais, capacitação e supervisão institucionais para os profissionais e empoderamento dos usuários e familiares na elaboração participativa de seu PTS. Estas mudanças explicitadas poderiam contribuir para transformação das práticas, para cumprir com os princípios da reforma sanitária, psiquiátrica e do SUS.

Quadro 19 - Estudo 12 – São Paulo, 2015

Título: O processo de construção do campo psicossocial na política pública de saúde mental: uma análise micropolítica da produção do cuidado			Autor (es): Duarte, MJO		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E12	Tese	Perceber se as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica modificaram ou não os modos de pensar a relação do chamado "louco" com a sociedade	Qualitativo, com observação participante, entrevista semi estruturada com profissionais de instituições universitárias psiquiátricas e de CAPS, usuários e familiares. Análise de discurso.	Predomínio do discurso médico hierarquizado em contraste com novas tendências do campo da atenção psicossocial. O peso do cuidado sobre o gênero feminino. Multiplicidade de problemas na relação usuário e família (ansiedades, medos, tristezas). Escuta, acesso e acolhimento da família, reduzem a escolha pela internação como cuidado. Postura de superioridade de psiquiatras frente à clientela foi uma postura comum. Apesar do discurso opositor à perspectiva hegemônica e hospitalocêntrica, a medicalização é incorporada sem crítica como forma de cuidado e controle da doença.	As questões da escuta, do acolhimento à diferença, da singularidade do paciente, do projeto terapêutico individual, da filosofia assistencial, da medicalização, da grupalização, do trabalho do cuidar em geral, constituem-se em tensão, ambigüidades, disputas, contradições e preocupações pelos trabalhadores. Há uma diversidade de olhares, saberes e de condução do cuidado, mas uma unidade de compreensão em colocar o usuário e seus familiares na cena desta produção de cuidados

Quadro 20 - Estudo 13 – São Paulo, 2015

Título: Projeto terapêutico singular no âmbito da Saúde Mental: uma experiência no curso de graduação de medicina.			Autor (es): Dorigatti, AE; Aguilar ML; Madureira RN; Fonseca FG; Campos RTO; Nascimento JL		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E13	Qualitativo. Pesquisa-ação	Suprir à demanda da população, que faz uso de psicotrópicos, atendida pelo Centro de Saúde Campo Belo por cuidados mais próximos e com participação pelos pacientes por meio da implantação do PTS.	Houve seleção de usuários de psicotrópicos. Foram encontrados no livro de receitas controladas e selecionados por critérios de inclusão e exclusão. A duração da pesquisa pelos alunos é de dois anos. Seis primeiros meses realizadas VDs. Após captar demandas, houve reunião com toda equipe profissional para traçar PTS. Então houveram três momentos; Treinamento da equipe e alunos; PTS- etapa vínculo; PTS- etapa acompanhamento; PTS- etapa avaliação e replanejamento.	Os usuários, antes da implantação do cuidado organizado através do PTS, estavam sujeitos ao cuidado biomédico, verticalizado, medicamentoso, com renovações de receitas sem avaliação do paciente. O cuidado se mostrava atrelado ao antigo paradigma da psiquiatria e resultava na medicalização social. Após a o uso do PTS este cenário passa por transformação.	O uso do PTS possibilita rompimento com a medicalização social e o cuidado centrado na doença. O sofrimento social aparece e assim as reais demandas da população são elucidadas. O foco do tratamento torna-se a vida da pessoa com questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e econômicas. A equipe passa a utilizar a rede de saúde. O cuidado passa a acontecer no próprio território. O desafio é de fazer com que a equipe aposte nesta nova forma de atendimento.

Quadro 21 - Estudo 14 – São Paulo, 2015

Título: O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil			Autor (es): Hori AA; Nascimento AF		
Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões
E14	Artigo	Analisar as possibilidades de construção de PTS pelas equipes de saúde mental dos NASF e suas articulações com outros equipamentos de Saúde e Sociais	Qualitativo, entrevistas semi estruturadas individuais e em grupo, observação sistemática em campo de 04 equipes, durante 01 semana (psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fonoaudiólogos).	As reuniões de apoio matricial apresentaram, em geral, estratégias de intervenção centradas na queixa individual, não considerando a família e o território. Observou-se a realização de condutas pré definidas e direcionamento para grupos ou atendimento individual. Escassez de dados sobre o caso a ser discutido, limitando-se à queixa e diagnóstico psiquiátrico, sem estabelecimento de metas para o PTS. Dificuldades de articulação da Rede Psicossocial, de Saúde em geral e instâncias sociais.	A indefinição do objeto de trabalho do NASF e precariedade das condições de trabalho dificultam a implementação da integralidade, territorialidade, a articulação em rede de saúde psicossocial e a participação social. A operacionalização do PTS como ferramenta tecnológica não está devidamente incorporada em algumas equipes como reflexão sobre as práticas do CAPS

6 DISCUSSÃO

O foco deste estudo foi o projeto terapêutico singular, utilizando como metodologia uma revisão integrativa da literatura, o que possibilita reunir estudos que abordem deste assunto de interesse e torna possível trazer à superfície questões intrínsecas ao tema.

Para a revisão integrativa da literatura científica é necessário a localização de estudos que respondam a questão de pesquisa, e pela abordagem pretendida, os critérios de inclusão compreenderam desde pesquisas de campo, enquanto programas do MS sobre diretrizes, revisões bibliográficas, como também elaborações racionais teóricas, na forma de reflexões.

A busca na literatura foi baseada em fontes eletrônicas (PubMed, Web of Science, Cinahl, BVS, CAPES, Banco de teses e dissertações da USP) e reconhece-se sua limitação, pois não existe sistematização e normatização para o uso de descritores, ficando a critério do autor. Assim as buscas foram adaptadas segundo a necessidade e permitiram uso de palavras-chave, isto resultou em uma busca mais abrangente, o que garantiu que estudos de valia fossem resgatados. Então, no caso da presente revisão integrativa é possível considerar que a estratégia utilizada foi eficiente para a finalidade pretendida.

Após o processo de seleção previamente definido, dos 797 estudos obtidos na busca desta revisão, somente 14 foram incluídos (Quadro 01), por atenderem plenamente à questão formulada. Em sua maioria são estudos realizados por mais de um pesquisador, porém seus autores principais são geralmente profissionais que atuam na equipe interdisciplinar do cuidado à saúde mental, como, enfermeiros (E2, E6, E10, E11), médicos (E1, E5, E13), terapeutas ocupacionais (E7, E8, E9), psicólogos (E4, E14,) e assistentes sociais (E12).

Há coerência neste achado uma vez que o PTS é desenvolvido prioritariamente nos serviços de saúde mental, os CAPS, como afirmam os estudos (E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14), onde a lógica de trabalho é

interdisciplinar e o PTS é ferramenta discutida e utilizada por todos os membros componentes da equipe de trabalho.

Os estudos incluídos e quase sua totalidade, com exceção do estudo E1, foram publicados na última década, a partir de 2006, constatando-se que a produção de conhecimento deste objeto de pesquisa é relativamente recente. Não pode ser por acaso, uma vez que a própria reformulação da atenção à saúde mental se solidifica pela promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2001), que assegura direitos às pessoas com transtornos mentais, como: tratamento humanizado, respeitoso e em ambiente terapêutico; tratamento direcionado para sua manutenção ou reinserção em ambiente familiar, comunitário e laboral; proteção contra abusos ou exploração e tratamento preponderante em serviços comunitários. O PTS está baseado em princípios norteadores sugeridos pela OMS e OPAS (2001) e apresenta suas diretrizes no Texto Básico de Saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde no “HumanizaSUS Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico” (2004), ou seja, é uma mudança recente não apenas em âmbito assistencial, como também no âmbito político.

Também não pode ser por acaso que quase todos os estudos incluídos são oriundos de literatura nacional com exceção de apenas um (E1), pois o PTS é uma ferramenta desenvolvida por profissionais dos CAPS com locus no Brasil.

O E1 apresenta tais singularidades em relação aos demais estudos, pois não abrange objetivamente o projeto terapêutico singular, mas sim suas bases teóricas. Explicita os conceitos do campo psicossocial e da reabilitação como cidadania e refere o cuidado em saúde mental baseado nesses eixos. Assim se fez coerente perante a proposta desta pesquisa.

Pela leitura da totalidade literária obtida no processo de busca para esta revisão integrativa percebeu-se que, apesar de relativamente recente, é profunda a produção de conhecimento sobre os processos de trabalho que envolve o PTS e homogênea a concepção dos autores sobre suas bases epistemológicas.

Para análise do conteúdo desta revisão, referente ao projeto terapêutico singular, buscou-se a categorização dos achados em grupos identificados após a

leitura exaustiva de todos os estudos, conforme descrito no capítulo 3 (Método). Ganong (1987) propõe que a revisão integrativa seja desenvolvida com rigor e clareza, e esta pesquisa acata plenamente a esta proposta.

Os agrupamentos resultantes dizem respeito a: 1) conceitos e bases teóricas do campo psicossocial e da reabilitação como cidadania; 2) estrutura, forma e o como fazer dos projetos terapêuticos singulares; 3) vantagens do emprego do projeto terapêutico singular nas práticas; 4) os desafios, obstáculos e dificuldades nos quais o PTS esbarra, bem como 5) as propostas para superação destes desafios.

Os cenários de estudo se dão, em grande maioria nos CAPS (E2, E5, E7, E9, E10, E11, E12), uma vez que se prevê que o PTS seja utilizado em casos mais graves e complexos (Brasil, 2007), logo é ferramenta de todo e qualquer serviço, mas tem um sentido primordial na atenção à saúde mental, uma vez que sua população atendida apresenta demandas complexas. Alguns estudos tratam do uso do PTS na atenção primária e/ou nos NASF (E11, E13, E14) e identificam que nestes serviços não é comum o uso do PTS, porém quando utilizado traz maior possibilidade de intervenção para a equipe e se mostra capaz de abarcar integralidade no cuidado.

O PTS é considerado ferramenta organizadora central de cuidado (E2, E7, E8) e dispositivo básico que norteia as estratégias para acompanhamento dos usuários nos serviços de saúde mental, logo, através deste pode-se materializar e concretizar o conjunto de diretrizes propostas para a nova concepção de saúde.

1) CONCEITOS E BASES TEÓRICAS DO CAMPO PSICOSSOCIAL E DA REABILITAÇÃO COMO CIDADANIA

Os conceitos e bases teóricas do campo psicossocial e da reabilitação como cidadania é homogêneo e estão presentes em todos os estudos, referidos por profissionais ou autores, como a base teórica na qual o PTS deve se fundar. A Reforma Psiquiátrica e seus adventos também são temas inerentes a todos os

estudos, é uniforme a ideia de quebra do paradigma psiquiátrico e da nova formulação de cuidado em saúde.

Saraceno (1997) no E1 reflete sobre um novo cenário de atenção onde a cidadania deve ser central para a abordagem terapêutica assim como deve ser a meta a ser atingida. Para tal objetivo é necessário que se amplie a autonomia do usuário dentro dos três eixos da reabilitação (morar, trocar as identidades, produzir e trocar as mercadorias e valores), isto será capaz de gerar condições à cidadania. Assim quando a reabilitação psicossocial está como meta de cuidado, a habilidade do indivíduo de efetuar trocas nestes cenários é a medida do exercício da cidadania. Tais características da reabilitação psicossocial propostas por Saraceno (1997) são encontradas, também, nos estudos E2, E4, E7, E8, E9, E10, E11, E12.

Segundo o E2 e Rosa, Luzio, Yasui (2003), os princípios que definem o modelo psicossocial, se definem como: a) determinação da consciência psíquica, sociocultural dos problemas e não orgânica; b) uso de equipe interdisciplinar com abordagem horizontalizada; c) desinstitucionalização e tratamento dos usuários de forma equivalente, e, d) recuperação dos direitos à cidadania.

Nos estudos E2 e E7, são discutidos os modelos de atenção à saúde mental que abarcam os fatores a ela associados, descritos como hábitos de vida, ambiente no qual se vive, aspectos econômicos, sócio-políticos e físicos, relacionados à saúde física, social e pública.

De forma prática encontra-se em E8 e E10 os aspectos que estão presentes no desenvolvimento do PTS referentes ao campo psicossocial e a reabilitação como cidadania e o seu “como-fazer”. Os autores referem que aspectos ligados ao desenvolvimento do PTS se encontram nas dimensões do habitar, do trabalho e das trocas sociais e para serem possíveis requerem articulações práticas das redes de suporte social. Uma das metas, recomendada pelas políticas de saúde mental, para o PTS é a inserção social por meio de ações que envolvam educação, esporte, cultura e lazer e devem-se respeitar as possibilidades de cada usuário para desenvolvê-las. Assim, as ações devem ultrapassar as estruturas físicas do CAPS e serem desenvolvidas também extramuros, segundo o que defende Saraceno (E1) onde dita que o cuidado deve acontecer na comunidade.

Como preceito do campo psicossocial é também, uma das estratégias fundamentais para o desenvolvimento do PTS o uso de rede o que é sustentado por todos os estudos. Especificamente encontra-se em (E1, E2, E7, E8, E11, E12, E13, E14) o desenvolver do cuidado em consonância com dispositivos da rede.

As redes de suporte social devem estar voltadas para os sujeitos, contribuindo para o restabelecimento de vínculos fragilizados ou perdidos pelo processo de adoecimento. Reitera-se que o PTS deve ser centrado no indivíduo, em todas as suas necessidades e contexto, flexível às mudanças de cada momento de vida. Quando inserido em “todas as necessidades e contexto” não consegue atingir suas metas sem se expandir para a comunidade.

2) ESTRUTURA, FORMA E O “COMO-FAZER” DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES

Os seguintes estudos abordam diversos pontos sobre a estrutura do PTS e os itens que o compõem (E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14).

As quatro etapas propostas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2008) são discutidas em cinco estudos (E3, E7, E9, E11 e E14), como apresentadas no capítulo 1 (O que é um projeto terapêutico singular no processo de construção das políticas públicas de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde).

Observou-se que existe uma supervalorização por parte dos profissionais de saúde quanto as duas primeiras etapas do processo de desenvolvimento do PTS (diagnóstico e definição de metas), logo, as demais etapas são negligenciadas, pois não ocorre uma divisão de responsabilidades adequada e reavaliação contínua dos projetos previamente estabelecidos (E7). Sem a divisão de responsabilidades, o processo de trabalho interdisciplinar perde sua essência, sobrecarregando os profissionais de referência e limitando a visão de atuação para o demais profissionais. Também, a ausência de reavaliação contínua, engessa o plano de cuidados que, ao contrário, deveria ser flexível e dinâmico.

O trabalho em equipe é elemento essencial para elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, o que implica compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diversas áreas do conhecimento (E3, E8 e E14). As discussões em equipe ampliam a visão sobre as necessidades de saúde dos usuários, permitindo um plano de cuidado mais abrangente que acate as demandas de forma integral, por meio de decisões conjuntas. Tais discussões propiciam o compartilhamento de saberes entre os membros da equipe, o que cria um padrão homogêneo e coerente de cuidado, impedindo conflitos entre orientações pelos diferentes profissionais do serviço.

A disponibilidade de espaços de discussão, nos serviços de saúde mental favorece a organização do trabalho e asseguram que o projeto terapêutico seja discutido sistemática e periodicamente, dentro do processo de trabalho cotidiano (E3, E7, E8). Outros espaços de discussão, que estruturam o desenvolvimento do PTS, incluem os usuários, suas famílias, equipe e a rede de suporte.

O acolhimento, o vínculo e a autonomia são consenso entre os estudos, como partes fundamentais na constituição dos projetos (E3, E4, E8, E10, E11 e E13). Compete ao acolhimento ser um momento de escuta, em que possam existir trocas, onde o usuário possa manifestar suas percepções no processo de adoecimento e também possibilita o entendimento do seu contexto de vida. O vínculo determina a responsabilidade dos profissionais envolvidos, quanto mais estreito se estabelece, maior é a responsabilidade deste profissional na coordenação do PTS. O vínculo que o usuário cria com os profissionais, determina o profissional que será a chamada “referência” para determinado caso. Através do fortalecimento do vínculo se faz a possibilidade do profissional de referência conhecer com maior propriedade questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras, que fomentarão as bases de discussões para construção de seu projeto terapêutico, tanto com a equipe interdisciplinar, quanto com a família e usuário. Dessa forma, o acolhimento favorece a construção do vínculo e consequentemente, proporciona autonomia ao usuário.

Os dispositivos encontrados dentro dos serviços de saúde mental são apresentados em E2, e divididos em atendimentos individuais e grupais. Além da utilização de intervenções extramuros, se faz necessário que o CAPS possa

responder a necessidades específicas de seus usuários dentro do seu próprio serviço de saúde.

As atividades individuais dos CAPS englobam consultas médicas, psicoterapias, acompanhamento terapêutico, orientações sócio-familiares, atendimentos de referências e visitas domiciliares. Em abordagens grupais encontram-se, grupos de geração de renda, grupos de psicoterapia, grupos de atividades expressivas e corporais (grupos de atividades físicas, musicoterapia, relaxamento), grupos com abordagem de atividades de vida diária (culinária, autocuidado), assembleias gerais e grupos de família. A inserção em grupos pré-existentes dos serviços de saúde mental deve ser feita de forma coerente, segundo as demandas dos usuários e o sentido criado pelo usuário para tal atividade.

A família e o próprio usuário são prioritários no processo de construção do PTS (E2, E6, E10, E11, E13, E14). É necessário que se faça discussões com a família a fim de produzir a compreensão do papel de cuidador desempenhado por ela em cada caso e de quais estratégias devem ser desenvolvidas para fortalecer a família e o próprio usuário. A elaboração do PTS em conjunto com a família e com o usuário, propicia contratualidade e responsabilidade sobre o próprio tratamento. Faz com que o tratamento deixe de ser prescritivo e cria corresponsabilização e maior adesão. Esta deveria ser uma questão, por ser parte central na elaboração do projeto terapêutico, presente no cotidiano de todos os serviços de saúde mental, porém não foi tema discutido por todos os profissionais participantes do estudo E7.

As diretrizes e o “como-fazer” do PTS foram, então, encontradas em todos os estudos, seja por órgão de gestão de governo, como MS e OMS, como também por autores estudiosos do tema, como exemplos, Mângia (2002), Aranha, Fonseca (2005), Cunha (2007) e Merhy (2007). O MS institui e conceitua o projeto terapêutico pela portaria 147/1994, em promulgação que garante objetivos de ações, estabelecidos e executados pela equipe interdisciplinar, voltados para recuperação do usuário. Esta portaria inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica do usuário, visando compatibilizar a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e sua família. Esta primeira definição, porém, é restritiva e prescritiva, pois centra o saber na equipe multiprofissional, que atua sobre determinado problema e não com o sujeito (E11).

Concepções mais abrangentes fazem referência a bases dos planos terapêuticos proposto pela OMS e OPAS (2001), como citado nas bases teóricas do capítulo 1 e pelo MS em sua apresentação de texto básico de saúde com 2ª edição em 2007 (E3), e vem sido desenvolvidas e sustentadas também com bases de pesquisas científicas.

Portanto o PTS deve ser desenvolvido dentro de quatro etapas, envolver toda a equipe interdisciplinar, ter espaços que possibilitem sua discussão e ser construído juntamente com a família e usuário. Deve usar todos os serviços necessários de suporte social com centralidade da ação na pessoa em seu contexto real de vida e priorizar o acolhimento, o vínculo e a autonomia.

3) VANTAGENS DO EMPREGO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NAS PRÁTICAS

Existem muitos benefícios discutidos pelos estudos no emprego correto dos projetos terapêuticos singulares. Por reformular as práticas de atenção à saúde gera cuidado integral, que supre demandas antes ocultas pela prática simplista, possibilita então que se vá a fundo e à raiz de muitos problemas fazendo possível intervir com maior resolutividade.

Cria ambiente de horizontalidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (E7, E10). Assim, é ferramenta que suscita maior aproximação com pessoas com sofrimento psíquico, devido ao vínculo requerido, principalmente porque são usuários que estão em desvantagem social (E13). Tais usuários apresentam maior probabilidade de tomarem atitudes passivas em seu tratamento, muitas vezes desconhecem suas doenças, as medicações utilizadas, e outras formas de intervenções. Então o PTS, se usado corretamente, cria autonomia nos usuários, o que aumenta a adesão e gera empoderamento. Em concerne ao vínculo, E2 discute que este estimula o sujeito a se posicionar em relação aos seus conflitos e contradições, assim sentem-se como agentes de mudanças para lidar com seu sofrimento psíquico.

O trabalho em equipe pode criar vantagens para um tratamento coerente dentro dos serviços de saúde. Um ponto estratégico positivo para solidificar práticas corretas quanto ao uso do PTS foi encontrado no E7. Os profissionais do serviço se organizavam de forma que fiquem sempre em equipes trabalhando num mesmo caso, com no mínimo dois profissionais de referência e que se considere quem tem maior experiência para compor com quem tem menor experiência. Esta estratégia colabora para a educação continuada da equipe, para seu crescimento homogêneo em uma mesma linha de saber em saúde mental e, assegura as bases nas quais o PTS deve estar fundamentado.

Outro benefício revelado é que esta ferramenta de cuidado (PTS) considera o uso da rede de serviços de saúde e apoio social. O apoio matricial foi estratégia desenvolvida para que as redes sejam fortalecidas e tenham coerência em seu plano de cuidado para cada usuário. Nos espaços de matriciamento os casos compartilhados devem ser discutidos e planos terapêuticos desenvolvidos. Estes espaços são discutidos em quatro estudos (E7, E10, E11, E14) e sustenta-se que é eficiente para o cuidado integral.

Nota-se que, quando consideradas suas diretrizes e quando empregado o uso correto do “como-fazer” do PTS obtém-se inúmeras vantagens, e a maior delas é que trata-se de uma ferramenta que se mostrou capaz de envolver os preceitos do campo psicossocial e da reabilitação como cidadania (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14).

4) OS DESAFIOS, OBSTÁCULOS E DIFICULDADES NOS QUAIS O PTS ESBARRA

Os estudos são análogos no que se refere à coerência de bases teóricas e conceituais para desenvolvimento do PTS, de quais devem ser suas diretrizes e de que é ferramenta que traz vantagens para os processos de trabalho nos tratamentos em saúde. Porém, um dos focos principais de discussões aduzidos pelos estudos é de que o PTS esbarra em diversos desafios para sua concretização.

Estes desafios podem comprometer sua efetividade e fazer com que perca sua essência enraizada nos preceitos do campo psicossocial. Tais desafios serão discutidos nesta sessão e é parte essencial necessária para se entender a realidade dos serviços, que dispõe de uma ferramenta muito potente de cuidado, porém que não conseguem extrair seu melhor, e quando não aplicado corretamente, não deixa de ser apenas mais uma entre tantas práticas prescritivas e simplistas.

O paradigma biomédico de cuidado ainda se faz presente nos serviços de saúde. Nos estudos selecionados (E1, E2, E4, E5, E7, E9, E11, E12, E13, E14) observou-se que os recursos da reabilitação psicossocial (capítulo 1) ficam obscurecidos pela concepção exclusivamente médica. Os próprios profissionais dos serviços ainda estão envolvidos pelas práticas tradicionais focando-se nas decisões médicas (E9, E13).

No estudo E13, 55% dos pacientes entrevistados relataram que não foram orientados quanto aos seus problemas de saúde e, 22,5% daqueles que se disseram orientados, não entenderam as orientações passadas pelo médico; mostrando o quanto o paradigma biomédico ainda se faz presente. Nesse contexto, é necessário romper com a lógica prescritiva, visto que, algumas reuniões de matriciamento limitam-se às queixas principais dos usuários e as hipóteses restringem-se ao diagnóstico psiquiátrico, o que prejudica o estabelecimento de metas (E14).

As relações em equipe podem apresentar atritos, devido às diferentes concepções de mundo de cada profissional, o que dificulta o estabelecimento de um consenso quanto ao plano terapêutico (E12).

As reuniões de equipe são uma possibilidade de espaço de conversa e discussão no qual, seria possível minimizar as divergências descritas, porém, estes espaços estão preenchidos por itens burocráticos que não contribuem para o avanço das discussões de casos (E7). Assim, faltam espaços nas reuniões para discussão dos PTS (E5, E8, E9, E12) tanto dentro dos serviços de saúde mental, quanto na rede de apoio nos momentos de matriciamento.

Reuniões nos espaços de matriciamento podem mostrar-se pouco produtivas devido à falta de entrosamento entre equipes de diferentes serviços, uma vez que,

estas reuniões ocorrem, geralmente, uma vez por mês. Isso foi observado no E14, no qual se percebeu clima de constrangimento, desconfiança e distanciamento na equipe, mostrando que o encontro de profissionais de diferentes áreas foi insuficiente para promover uma discussão qualificada.

Uma característica do PTS é a sua complexidade, o que o torna uma ferramenta que requer grande investimento, pelo profissional, pelo próprio usuário e pela família. Por esta razão, os estudos identificam que a alta demanda de usuários por profissional de referência dificulta sua realização (E5, E7, E8, E11, E14).

A alta demanda sobrecarrega os profissionais, que ainda possuem funções administrativas delegadas ao seu núcleo de saber (E5, E7, E8, E11, E14), assim, os recursos humanos são insuficientes para arcar com todas as responsabilidades intrínsecas ao serviço de saúde mental, o que tende a transformar o serviço e originar características ambulatoriais.

Outro aspecto observado relacionado à equipe refere-se à grande rotatividade dos profissionais, principalmente de médicos, tanto nas equipes de saúde da família quanto aos psiquiatras do CAPS, logo, as relações entre usuários e profissionais são afetadas e o vínculo prejudicado (E5, E7, E11).

A equipe deve favorecer as ferramentas pertinentes ao PTS de vínculo, da autonomia e da participação da família no tratamento. Contudo o vínculo é prejudicado por, além da rotatividade de profissionais, a burocratização da divisão de referências segundo áreas de abrangência, o que infere que o paciente muitas vezes não tem como sua referência o profissional com o qual possui maior vínculo e sim o qual cuida da área em que habita (E11). A autonomia é de difícil compreensão para os usuários do serviço, como apresentado no E6, os profissionais são os atores que tentam abordar este tema, com o qual os usuários não se importam e nem ao menos entendem sua relevância. A participação da família foi tema pouco abordado pelos profissionais em estudos que utilizaram entrevistas com estes atores (E7, E11).

A ausência de comunicação entre os profissionais do mesmo serviço, entre diferentes turnos, foi apontada com uma das dificuldades encontradas nos serviços de saúde mental, o que poderia ser minimizado se as informações em prontuário

fossem mais completas. A falta de registro em prontuário dificulta a circulação da informação e ainda prejudica a coerência das ações por diferentes profissionais, como também, o momento de reavaliação do PTS (E5, E8, E9).

Para além dos desafios que se referem à equipe notam-se também empecilhos quanto a organização e efetivação do plano terapêutico, ou seja, nas duas primeiras etapas de desenvolvimento do PTS.

O projeto terapêutico por diversas vezes é tratado como descrição das atividades dos usuários no serviço (E5, E7). Ou seja, seu PTS se refere a grade de atividades na qual está incluído nos CAPS. Em E1 afirma-se que desde suas origens a reabilitação psicossocial, oscila entre um papel de atividades recreativas não específicas a técnicas específicas. Portanto, uma mesma atividade pode cumprir ou não cumprir com seu papel de reabilitação psicossocial, dependendo do significado a ela dado pelo usuário. Logo, como já discutido, não basta apenas que o profissional inclua o usuário em grupos aleatórios sem relevar e construir um sentido para esta atividade em conjunto com o usuário e, menos ainda, que restrinja o cuidado a apenas estes grupos oferecidos pelos CAPS (E1, E2, E4, E5, E7, E8, E11, E14).

Ainda em relação aos grupos encontra-se em E7, na fala dos sujeitos entrevistados, profissionais dos serviços de saúde mental, uma questão interessante a qual o serviço confronta. É questionado como seria possível definir os grupos e projetos dentro do CAPS, privilegiando a necessidade de um usuário em detrimento da de outro. Este “cardápio” de atividades é assim chamado, e também discutido nos E10 e E11. Não é possível conter todos os grupos que os profissionais gostariam de oferecer dentro de um único CAPS, assim cabe aos profissionais definirem o que será disposto em sua grade de atividades.

Uma vez que não se restringe ao cuidado produzido apenas dentro dos CAPS, o PTS para ser desenvolvido integralmente requer o uso da rede de serviços de saúde e de apoio social. Os estudos (E2, E5, E7, E8, E9, E11, E14) apresentam que o tratamento está centralizado nos CAPS em detrimento do uso da rede e enfatizam que este se torna um dos maiores desafios apresentados. Existe certo preconceito quando se refere ser um serviço de saúde mental, assim portas de

outros serviços da rede se fecham (E11). Estes preconceitos geralmente estão ligados a pacientes, geralmente, de baixa escolaridade, baixa renda, com possíveis dificuldades de autonomia e considerados de potencial agressivo (E11). Atenta-se que a articulação com a rede ainda esta em processo de construção.

A organização dos serviços de saúde mental e a articulação com as redes de suporte dependem ainda de outra esfera que é a estrutura política e gerencial. Os estudos apresentam fragilidades nessas estruturas que deveriam apoiar os profissionais dos diferentes serviços a lidar com seus obstáculos e desafios.

Deveriam investir e garantir momentos de supervisão pra que os profissionais pudessem expor suas angústias e refletir sobre os problemas enfrentados (E7). A indefinição de uma mesma linha político-gerencial se mostra prejudicial, pois alguns serviços apresentam parcerias público-privadas (E2, E5, E7, E11).

As estruturas políticas e gerenciais poderiam incentivar a educação continuada e programas de aperfeiçoamento em saúde mental, que produzissem uma mesma linha de saber técnico entre os profissionais. No E14 identificou-se a necessidade de que os profissionais não associados tradicionalmente à saúde mental, como nos NASF e UBS, possam participar de qualificação em saúde mental.

Como obstáculo para desenvolvimento assertivo do PTS discutiu-se a dificuldade da equipe em identificar as bases teóricas de sua prática, sobrecarga de responsabilidades, grande rotatividade de profissionais, falta de qualificação, desafios quanto ao vínculo, autonomia e inclusão da família. Como também, a organização de reuniões de equipe do CAPS e da rede, o próprio uso dos dispositivos de rede, as interferências geradas (ou não geradas) pelas esferas políticas e gerenciais. O que resulta na compreensão do PTS como um mero dispositivo administrativo (E9)

5) AS PROPOSTAS PARA SUPERAÇÃO DESTES DESAFIOS.

A mudança de postura dos profissionais, tanto com outros profissionais quanto com os usuários e família, para uma posição de parceria, poderia modelar as

relações e abrir possibilidade para diálogo intersetorial e interinstitucional, fazendo com que todos se tornassem aliados na busca pela produção de cuidados (E7).

É preciso repensar e potencializar os espaços de reunião, definir os propósitos da equipe, seus objetivos e princípios (E7, E8, E9). Como também responsabilizar a gestão política para que instrumentalize a equipe de forma que consiga assegurar a centralidade dos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental (E7).

Cabe aos atores envolvidos no processo de cuidado, os profissionais, os usuários, a família e os gestores, que façam reflexões que gerem a melhoria da qualidade do serviço (E6, E13). É necessária a conscientização por todas as partes de que o usuário é o objeto central do cuidado. Para tanto, os usuários devem conhecer seus direitos e deveres a respeito da participação social que permita exercerem sua autonomia em relação ao cuidado (E6).

Sugere-se no E11 a capacitação da equipe pelos gestores, o fortalecimento dos momentos de matriciamento e da equipe interdisciplinar e valorização da família como parceira no desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares.

Há a necessidade de reflexão sobre as práticas implementadas nos serviços de saúde (E1, E4, E2, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14). É consenso de que as práticas devem ser repensadas e potencializadas.

Estas propostas apresentam formas de enfrentamento para os desafios, porém são recomendações subjetivas. Algumas com maior objetividade como indicação de educação continuada, contudo mesmo estas, geram possibilidade de aumentar o saber teórico-conceitual o que retoma novamente a subjetividade. Não encontramos alternativas concretas de enfrentamento para os desafios.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O projeto terapêutico é um organizador dos processos de trabalho muito potente para o plano de cuidado. Possibilita autonomia dos usuários, uso de dispositivos da rede e requer vínculo com a equipe o que fortalece as ações de cuidado, aumenta o poder de contratualidade o que é preceito da reabilitação psicossocial como cidadania que pertence aos novos conceitos teóricos que sustentam a sua práxis.

Observou-se nos estudos que quando o PTS é utilizado e respeita todas as suas diretrizes, os conceitos de atenção psicossocial e do campo da reabilitação como cidadania apresenta-se como um instrumento exitoso e proporciona experiências de mudança de vida em pessoas com sofrimentos de ordens diversas, uma vez que não é utilizado apenas no campo da saúde mental.

No campo da saúde mental o PTS quebra com a antiga lógica de cuidado fragmentado e possibilita novas ferramentas de ação. É potente e remete a soluções antes entravadas pelas barreiras que o tratamento moral de ordem simplista, excludente, vertical e exclusivamente medicamentoso impunha. Esta antiga lógica se mostrava incapaz de resolver as questões reais intrínsecas à saúde mental que é o próprio sujeito em seu contexto de vida.

O antigo paradigma da psiquiatria não poderia se aprofundar, e menos ainda ser resolutivo em questões como estigma social, sofrimento em relações interpessoais, quebras de vínculo com a família, falta de poder contratual, falta de espaço em atividades de direitos sociais, detrimento da atividade laboral, entre tantas outras questões que remetem à vida de um cidadão de direitos que vive em uma comunidade/sociedade com seus próprios existires culturais e históricos. Assim o PTS se mostra uma ferramenta coerente para o cuidado do sofrimento psíquico causado pelo transtorno mental, que conseqüentemente faz com que o cidadão entre em inúmeros processos de perda. Portanto o uso desta estratégia de ação para o cuidado entende que a remissão dos sintomas não é mais o objeto do cuidado.

Entretanto, grande parte dos estudos descreve expressivos obstáculos e desafios de diversas ordens que prejudicam o uso efetivo e assertivo do PTS. Isto é preocupante, pois sem o uso correto do PTS este pode remeter à antiga lógica e se limitar a não ser capaz de suprir as reais demandas de seu objeto de cuidado. O próprio usuário do serviço não compreende a necessidade do cuidado integral e está satisfeito com o uso único da prescrição medicamentosa e de consultas regulares com o profissional médico, o que é compreensível devido a sua carga histórico-cultural ainda não sensibilizada para outras formas ampliadas de cuidado.

A presente revisão integrativa da literatura, observou que os pressupostos teóricos e conceituais do campo psicossocial e da reabilitação psicossocial como cidadania são contemplados nas falas dos trabalhadores da saúde mental, porém mostram incongruência com os processos de trabalho cotidianos, visto os obstáculos encontrados.

Neste cenário emerge a necessidade de reflexão sobre estes desafios e de como podem ser superados para que o PTS não seja exitoso em apenas poucos casos, permitindo que os profissionais possam conciliar a grande demanda de trabalho e organizar seu tempo para atingir os objetivos do emprego desta ferramenta. Os estudos encontrados não citam soluções objetivas para o enfrentamento desta questão.

Em dois estudos E2 e E8 os autores discorrem que não é possível o uso de um guia ou protocolo rígido para desenvolvimento do PTS, pois este trata de um objeto dinâmico e flexível, que é a vida do sujeito. Contudo, os autores concordam e afirmam que na literatura propõe-se que, se existisse um norteador que pudesse ser útil e organizar o PTS nas atividades de construção, implantação do projeto e reavaliação, muitos dos desafios citados poderiam ser solucionados. Assim nesta pesquisa concordamos com a possibilidade de organização do PTS, de forma que auxilie os profissionais, uma vez que é uma ferramenta complexa, que demanda conhecimento teórico-conceitual, envolvimento e aposta da equipe.

Em reflexão com a nova ordem de organização dos processos de trabalho da saúde mental, trazido recentemente pelo MS em conjunto com a Coordenadoria de

Saúde Mental o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) se faz organizador das ações do trabalho em saúde mental dentro dos CAPS.

Cada usuário possui seu próprio RAAS, sendo que seus dados, quando lançados no sistema eletrônico, resultam em um “espelho” das ações *praticadas* pelos profissionais de saúde e *recebidas* pelos usuários.

Este espelho é composto por itens fundamentados nas bases teóricas e conceituais do campo psicossocial e da reabilitação como cidadania. O que quer dizer que os conceitos utilizados no RAAS, se empregados *a priori* também no plano de cuidados construído com e para o usuário podem constituir o próprio PTS, visto que o plano terapêutico é composto por ações específicas e realizadas para cada usuário segundo sua demanda, porém esse registro, atualmente, é utilizado *a posteriori* das ações.

Percebe-se que seria possível suprir a ausência de um planejador das ações do PTS se os itens que compõem o RAAS forem também utilizados *a priori* pelos profissionais, junto ao usuário, funcionando como um norteador das ações a serem realizadas e posteriormente registradas.

Assim, uma vez que o RAAS definiu-se nas políticas públicas do atual cenário histórico brasileiro, na vigência da RAPS, quando utilizado para a re-organização do trabalho com vistas à construção PTS permite que este esteja fundado no campo psicossocial.

O que implica mudar o rumo prático de uma anotação apenas das práticas realizadas *a posteriori* para também organização das práticas *a priori*.

Esta constatação pode instigar mudanças importantes de construções coletivas de reabilitação psicossocial para pessoas com sofrimento psíquico, podendo assim gerar qualidade de vida, dignidade, poder de troca de mercadorias, apoio social e familiar e direito de pertencimento, ou seja, o verdadeiro direito à cidadania e a vida.

Referências

Amarante PDC. (coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz; 1995.

Amarante PDC. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

Amarante PDC, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. [Saúde em debate](#). 2001; 25(58):26-34.

Aranha e Silva AL. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. [tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1997.

Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev Latino-am Enferm*, 2005;13(3):441-48.

Aranha e Silva AL. A construção de um projeto de extensão universitária no contexto das políticas públicas: saúde mental e economia solidária [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Ballan, C. O livro das receitas d'O Bar Bibitantã: conquistas e desafios na construção de um empreendimento econômico solidário na rede pública de atenção à saúde mental no município de São Paulo. [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

Barros JA. As hipóteses nas Ciências Humanas: considerações sobre a natureza, funções e usos das hipóteses. *Sísifo*. 2008,(7):151-62.

Barros JO. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca de novas tecnologias de cuidados. [dissertação]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. Taubaté: Universitária; 2001.

Barros S, Oliveira MAF, Aranha e Silva AL. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(815-19).

Bocardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mangia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2011,22(1):85-92.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS Nº 147, de 25 de agosto de 1994. Brasília (DF): MS; 1994.

Brasil. Sistema Único de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Internet]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico / Ministério da Saúde, Secretaria – Executiva, Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília. 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto

terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização – 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. Ed., 2a. impressão, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 276, de 30 de Março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).

Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing; foundations, techniques and applications. Philadelphia, WB. Saunders Company. 2000,(01):231-50.

Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L et al. Rev Saúde Pública. 2009,43(Suppl. 1): 16-22.

Cunha GT. A construção da clinica ampliada na atenção básica. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Dorigatti AE, Aguilar ML, Madureira RM, Fonseca FG, Campos RTO et al. Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. Rev Bras Educação Médica. 2014,38(1):113-19.

Duarte MJO. O processo de construção do campo psicossocial na política pública de saúde mental: uma análise micropolítica da produção do cuidado. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2012.

Emirbayer M, Goodwin J. Network analysis, culture and the problem of agency. *American Journal of Sociology*, 1994.

Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Research in nursing & health*. 1987,(10):1-11.

Gondim DSM. Análise da Implantação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica no Município de Campos dos Goytacaze. RJ: Inovação ou Reprodução do Modelo Assistencial. [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública / FioCruz. Rio de Janeiro; 2001.

Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no estudo Pró-Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2003,37(3):379-85.

Hori AA, Nascimento AF. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014,19(8):3561-71.

Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):417-25.

Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta AMF. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.

Louzã-Neto MR. *Psiquiatria básica*. Artes Médicas: Porto Alegre; 1995.

Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Junior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Rev Latino-Am Enferm*. 2006, 14(3):448-56.

Machineski GG, Lima MADS, Bonilha ALL, Schneider JF. A percepção dos usuários em relação às práticas de saúde: uma análise literária. *Online Braz J Nurs*. 2009, 8(2).

Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense “Práticas de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. *Rev Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2002,13(3):127-34.

Mângia EF, Barros JO. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional*. Universidade de São Paulo. 2009,20(2):85-91.

Mângia EF, Nicácio F. De volta para casa: reconhecendo o direito de viver fora dos manicômios. *Rev Terapia Ocupacional*. 2003,14(3).

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008,17(04):758-64.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Molina JL. El studio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. *Empiria*. 2005,10:71-106.

Mororó MEML, Colvero LA, Machado AL. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. *Rev Esc Enferm USP*. 2011, 45(5):1171-76.

Muramoto MT, Mângia EF. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André. [tese]. Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.

Nicácio MFS. O desafio da reforma psiquiátrica. In: *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde*

mental. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Oliveira GN. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. [Dissertação]. Campinas, 2007. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). PAS; OMS. Relatório sobre a saúde no mundo – 2001: Saúde Mental Nova Concepção. Nova Esperança. Genebra, Suíça: Gráfica Brasil; 2001.

Pinho PH, Oliveira MF, Claro HG, Pereira MO, Almeida MM. A concepção dos profissionais de saúde acerca da reabilitação psicossocial nos eixos: morar, rede social e trabalho dos usuários de substâncias psicoativas. *Rev Portuguesa Enferm Saúde Mental*. 2013,(9):29-35.

Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*. 2011,20(3):493-502.

Polit DF. Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Trad. De Ana Thorell, 5ª. Ed. Porto Alegre, Artmed, 2004.

Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998,3(2):109-12.

Rosa AC, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

Sanduvette V. Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centro de atenção psicossocial (CAPS). *Psicol. USP*. 2007,18(1):83-100.

Santos AS. Projeto terapêutico individual em um centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

Saraceno, B. *Annual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária*. 2 ed. São Paulo: Hucitec;1997.

Saraceno B. Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1997,20(4):10.

Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 1998,9(1):26-31.

Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1999.

Silva LG. O significado do trabalho no campo de economia solidária para um trabalhador do empreendimento econômica solidária: O Bar Bibitantã [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Souza ACS. *Processos de trabalho [no campo psicossocial] de uma equipe de referência do CAPS III percursos para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011.

Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010,8(1):102-6.

Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998;11(4):195-206.

Terra MG, Sarturi F, Ribas DL, Erdmann AL. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. *Esc Anna Nery R Enf*. 2006,10(4):711-7.

Vasconcelos MGF. Projeto terapêutico como dispositivo de cuidado na rede de saúde mental e sua (des) articulação com a estratégia saúde da família (ESF). [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2011.

ANEXO

Anexo 1 - instrumento de avaliação sobre o impacto do trabalho solidário na vida do indivíduo com sofrimento psíquico

I. Identificação do trabalhador d'O Bar BiBiTanTã

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Renda: _____

II. História de vida

Onde nasceu: _____ Onde vive: _____

Como vive: _____

Com quem vive: _____

Com quem faz alianças no núcleo familiar: _____

Com quem tem conflitos no núcleo familiar: _____

III. Trajetória no campo do trabalho

Quais são as experiências de trabalho anteriores a'O Bar _____

Como entrou na equipe de trabalhadores d'O Bar _____

Porque começou a trabalhar n'O Bar _____

Como é seu trabalho n'O Bar _____

IV. Ganhos materiais advindos do trabalho n'O Bar: tem a ver com a possibilidade

Quanto ganha em dinheiro _____

Quanto consome _____

Acesso a bens materiais _____

V. Ganhos imateriais advindos do trabalho n'O Bar: tem a ver com a concretização

Relação consigo mesmo _____

Relação com familiares _____

Relação com a rede social _____

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Formulário A

Estudos	Autor(es)	Título	Fonte	Origem
E1				
E2				
E3				
E4				
E5				
E6				
E7				
E8				
E9				
E10				
E11				
E12				
E13				
E14				

APÊNDICE 2 - Formulário B

Título:			Autor (es):		
EEstudo	Tipo de Estudo	Objetivo	Método	Resultado	Conclusões