

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SABRINA ANTONIETA MOREIRA SASAKI**

**ACOMPANHAMENTO E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: ALTA, INSERÇÃO, INCLUSÃO E CUIDADO  
NO TERRITÓRIO.**

**FLORIANÓPOLIS, SC**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SABRINA ANTONIETA MOREIRA SASAKI**

**ACOMPANHAMENTO E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: ALTA, INSERÇÃO, INCLUSÃO E CUIDADO  
NO TERRITÓRIO.**

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

**Prof. Orientador: Dr. Jonas Salomão Spricigo**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ACOMPANHAMENTO E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: ALTA, INSERÇÃO, INCLUSÃO E CUIDADO NO TERRITÓRIO** de autoria da aluna **SABRINA ANTONIETA MOREIRA SASAKI**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Prof. Dr. Jonas Salomão Spricigo**  
Orientador

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>05</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>09</b>
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>15</b>
<b>4. RESULTADO .....</b>	<b>17</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988) estabelece em seu artigo Art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O Art. 198 afirma que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Dessa forma a Constituição de 1988 definiu as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria nº 4.279, de 30/12/2010 (BRASIL, 2010) estabelece que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A RAS visa melhorar a qualidade da atenção, de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equipe em saúde (ROSEN E HAM, 2008 apud MENDES, 2011).

Na saúde mental o movimento da reforma psiquiátrica veio se enquadrar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao novo modelo de atenção à saúde, organizado na forma de Rede de Atenção a Saúde (RAS).

Segundo Mendes (2011), a primeira mudança no modelo de atenção à saúde, “é da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na de pessoa e na família.” Em sintonia com esse conceito, Antunes e Queiroz (2007), afirmam que a reforma psiquiátrica objetivou o desenvolvimento de uma rede capaz de responder às demandas dos pacientes e de seus familiares.

A Lei nº 10.216, de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental,

preconiza no Artigo 4º que a internação psiquiátrica só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O parágrafo segundo, do mesmo Artigo, define que “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”. No item II, do Parágrafo Único reitera os princípios de humanização, e o objetivo de alcançar a recuperação com a inserção familiar, no trabalho e na comunidade.

Na nova forma de conceber a atenção á saúde, o campo da saúde mental, agora denominado Atenção Psicossocial também passa a se organizar através de redes, qual seja, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011(BRASIL 2011).

A RAPS se propõe a organizar os serviços de saúde de forma articulada, integrada e efetiva, que se dará através da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde, para que possa ser proporcionar aos usuários acesso universal, cuidado integral com qualidade e assistência multiprofissional. Sendo assim, a RAPS contém diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com sofrimento ou portadoras de transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CARDOSO et. al, 2103).

Para alcançar o que se propõe foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais da RAPS, quais sejam:

Ampliar o acesso da atenção psicossocial da população em geral;

- Promover o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias nos pontos de atenção;
- Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Como objetivo específico das RAS destacamos:

- Promover cuidados especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e população indígenas);
- Prevenir o consumo e a dependência e reduzir danos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL 2011).

Os componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) podem ser assim descritos de acordo com a Portaria 3088/2011 (BRASIL, 2011; apud CARDOSO et.al 2013):

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial Especializada;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização;
- VI - Reabilitação Psicossocial .

Dentre esses pontos de atenção da RAPS, ainda segundo Brasil 2003, *apud* Cardoso 2013, a atenção psicossocial especializada é considerada estratégica na indução do modelo de atenção psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades. Esses serviços realizam o acolhimento e atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de forma articulada com os outros pontos de atenção e demais Redes.

A atenção hospitalar, constituído pelas enfermarias especializadas em Hospital Geral e serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

Esse serviço auxilia na intensificação, ampliação, e diversificação das ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, preservação da vida, tratamento, redução dos riscos e danos associados ao tratamento hospitalar às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Os serviços oferecem internação de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, sendo adotados protocolos técnicos para manejo terapêutico dos casos e estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da RAPS, rede de atenção às urgências e o sistema de regulação (BRASIL, 2012).

Considerando que a internação psiquiátrica ainda é prática comum em várias regiões do país, sendo que o Estado de Minas Gerais conta com os seguintes serviços: Centro Mineiro de Toxicomania, Hospital Galba Velloso e Instituto Raul Soares, destinados à internação psiquiátrica do público adulto e o Centro Psíquico da Adolescência e Infância destinado à atenção a criança e ao adolescente.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em fevereiro de 2014 o Estado, que tem 853 municípios, contava com 168 CAPS, sendo 110 CAPS I; 47 CAPS II; 11 CAPS III, dos quais 10 estão situados na microrregião de Belo Horizonte.

A partir desse levantamento várias questões se colocam: como dar continuidade à assistência ao usuário da RAPS quando este passa por uma internação psiquiátrica, sendo que a maioria das vezes acontece fora de seu território, já que a área de abrangência do hospital é todo o Estado?

Como deve se estruturar o projeto terapêutico singular dos usuários dos serviços de internação de tal forma que possam permanecer ou ser reinseridos na rede de atenção à saúde territorial? Como articular uma proposta com a família, serviços substitutivos e vida comunitária e hospital?

A partir desses questionamentos elegemos os seguintes objetivos:

- Problematizar a atual posição do hospital psiquiátrico, frente às diretrizes da atenção psicossocial.
- Elaborar um Projeto Terapêutico Singular, de acordo com as diretrizes da atenção psicossocial, que possa ser implantado em um hospital psiquiátrico da rede do Estado de Minas Gerais.



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### **O Projeto Terapêutico Singular: regulamentação e prática**

A Portaria 251, de 2002 (BRASIL, 2002), estabelece normas e diretrizes para a assistência hospitalar psiquiátrica na rede SUS, para isso, entre outros aspectos, estabelece que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS devam ser avaliados por meio do PNASH/Psiquiatria. Entre as diretrizes podemos citar a organização dos serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Além de garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial.

Ainda de acordo com a Portaria nº 251, o hospital psiquiátrico deve articular-se com a rede comunitária, estando a porta de entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital. A Portaria também regulamenta o momento da alta hospitalar, definindo que o serviço deve oferecer a preparação do paciente para a alta garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações. Sendo obrigatório o desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência, considerando aqueles com mais de um ano ininterrupto de internação. Para isso o projeto deverá conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residências terapêuticas, ou a outra forma de inserção social.

A gestão da assistência do usuário se dá através de um plano de cuidados, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS pode ser definido como o conjunto de propostas que visam o cuidado do indivíduo por meio de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas às suas necessidades individuais ou coletivas (ZEFERINO *et.al* 2013).

Para a autora, o objetivo do Projeto Terapêutico Singular pode ser definido como uma “estratégia de intervenção para o usuário, considerando os recursos disponíveis pela equipe, o território a que pertence sua família e as suas próprias necessidades”.

Segundo Mendes (2011), o plano de cuidados é elaborado conjuntamente pela equipe de saúde, usuário e família, implicando em uma mudança na relação entre a

equipe, que deve atuar cooperativa e proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidados.

De acordo com a Cartilha Humanizadas, Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico (BRASIL, 2004) o PTS “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”. Sendo geralmente exigido para situações mais complexas, como os citados na portaria 251/2002, que torna obrigatório o PTS para usuários com mais de um ano ininterruptos de internação, mas que, no entanto, não exclui a possibilidade que o PTS seja desenvolvido para um maior número de usuários.

O PTS deve ter o envolvimento de toda equipe de saúde, do usuário e de familiares no intuito de ampliar as possibilidades terapêuticas.

Segundo a Cartilha, o PTS deve se articular em quatro momentos:

1. Diagnóstico: deve conter uma avaliação orgânica, psicológica e social e que possibilite a identificação dos riscos e vulnerabilidades do usuário. Para tanto deve ser levado em consideração todo o contexto social, cultural e familiar no qual o indivíduo está inserido.
2. Definição de metas: nesta etapa deve-se fazer proposta de curto, médio ou longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente por algum membro da equipe, preferencialmente aquele que tiver um vínculo melhor.
3. Divisão de responsabilidades: definir as tarefas de cada membro dentro do projeto.
4. Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

Para Silva (2011), o desafio para as equipes que atuam em hospitais psiquiátricos pode ser assim interrogado: “como desenvolver um trabalho sem incorrer no grave equívoco de adaptar as pessoas à instituição?” “Como possibilitar movimento onde só há inércia e muros?” “Como pode um hospital compor rede e contribuir para a desinstitucionalização?”

Para Bezerra (2008), mesmo sendo questionados quanto à sua eficácia terapêutica, o hospital psiquiátrico continua imprescindível ao tratamento das várias crises de grave sofrimento psíquico. A internação psiquiátrica tem como intuito ser como uma intervenção clínica avançada “para além do acolhimento dos “absurdos

humanos”, para ser um lugar onde estes mesmos “absurdos” sejam trabalhados e conquistem um lugar fora da instituição”.

A mesma autora aponta alguns problemas que podem surgir durante a construção e implantação de um PTS em uma unidade hospitalar psiquiátrica. O fato de o serviço fazer uso de PTS pode levar a falsa crença de que somente por esse motivo há engajamento com a Reforma Psiquiátrica, somado ao problema de se levar em conta mais as questões burocráticas relacionadas ao projeto do que propriamente as questões assistenciais.

### **Contextualização**

De acordo com dados do IBGE, 2013, o Estado de Minas Gerais conta com uma população estimada de 20.593.356 habitantes, distribuída em 853 municípios. O Estado está dividido em 13 macrorregiões de saúde, dispondo de 247 serviços de saúde mental, sendo que entre esses 168 estão credenciados como CAPS, divididos em: 110 CPAS I, 47 CAPS II, 11 CAPS III, sendo ainda que desses, 10 serviços estão localizados na microrregião de Belo Horizonte (CNES, Fev 2014)

A taxa de cobertura de CAPS por ano, segundo macrorregião de saúde em Minas Gerais está descrito na tabela abaixo:

#### **Taxa de Cobertura CAPS por Ano Segundo Macrorregião de Saúde**

Macrorregião de saúde	2011	Total
TOTAL	0,69	0,69
3101 Sul	0,92	0,92
3102 Centro Sul	1,50	1,50
3103 Centro	0,81	0,81
3104 Jequitinhonha	1,25	1,25
3105 Oeste	1,19	1,19
3106 Leste	0,76	0,76
3107 Sudeste	1,11	1,11
3108 Norte	1,27	1,27
3109 Noroeste	0,81	0,81
3110 Leste do Sul	1,78	1,78
3111 Nordeste	1,00	1,00
3112 Triângulo do Sul	1,00	1,00
3113 Triângulo do Norte	0,59	0,59

Fonte: Ministério da Saúde. 2002.

De acordo com os parâmetros do Ministério Saúde que considera como cobertura muito boa acima de 0,70 por 100 mil habitantes e, como cobertura regular/boa entre 0,50 e 0,69; temos que a cobertura do Estado está dentro do que se pode considerar como regular/boa e muito boa.

Analisando estes dados e considerando o número reduzido de CAPS III, como já citado acima, há no Estado apenas 11 CAPS III, sendo que desse número, 10 estão na microrregião de Belo Horizonte. Considerando que o CAPS III deve oferecer acolhimento noturno contínuo e que essa estratégia é muito importante, principalmente para os casos de crise onde há risco para o próprio indivíduo e/ou para terceiros; entendemos que o número de internações hospitalares se dá também devido a distribuição geográfica desses serviços.

O Hospital em questão conta hoje com 145 leitos, sendo esses leitos divididos entre leitos de curta permanência e de média permanência. A taxa de ocupação entre os anos de 2010 e 2011 foram de 96,85% e 95,33%, respectivamente, sendo de 8,96 dias o tempo médio de permanência nos setores de curta permanência, e de 36,98 dias nos setores de média permanência (MUSSEL, 2012).

De acordo com dados do período de 2002 à 2007, 45,4% dos pacientes atendidos eram residentes da cidade onde o hospital está localizado, 39,4% da região metropolitana, 15% de outras cidades do Estado e 0,2% de outros estados. A faixa etária prevalente foi de 31 a 40 anos, e 58,6% da clientela era do sexo masculino. Dos 60.139 atendimentos realizados no período, 31,3% correspondiam ao diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29); 21,5% transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool e substâncias psicoativa (F10-F19); 16,5% transtornos humor (F30-F39); 12,6% transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F49); e 4,7% não tinham hipótese diagnóstica.(Volpe, 2010)

O objetivo do hospital referido é o acolhimento e o tratamento de sujeitos em crise, visando a estabilização dos sintomas, no menor tempo possível e a inserção do paciente para o tratamento externo na rede de atenção a saúde mental. (VOLPE, 2010)

Segundo Fegirato, et.al (2007) a palavra crise pode ser considerada em diversos aspectos, sociais, históricos, familiares e pessoais, no entanto não haveria um consenso em saúde mental sobre as situações que se referem propriamente a crise.

No nosso atual contexto de trabalho observamos que todos esses fatores de crise são predisposições ou motivações diretas para a internação, sendo que em muitos casos há entre esses fatores uma relação, onde um fator levaria ao agravamento de outro.

Segundo Dell'Aqua (1998) as situações de crise estão relacionados aos seguintes parâmetros:

- Grave sintomatologia psiquiátrica;
- Grave ruptura do plano familiar e/ou social;
- Recusa do tratamento;
- Recusa obstinada de contato;
- Situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las.

### **O Acompanhamento terapêutico**

De acordo com Hermann (2010) é essencial que o acompanhamento terapêutico tenha um olhar institucional, afirma ainda que cada caso deva contar com uma rede de profissionais.

“(…) vemos que tanto um acompanhamento terapêutico vinculado a uma equipe de tratamento constituída a priori, como um acompanhamento terapêutico autônomo apropriam-se do procedimento aqui denominado olhar em rede como uma importante estratégia para orientar um projeto terapêutico, naquilo que diz respeito à idealização de parte de um projeto terapêutico, naquilo que concerne ao incremento de uma montagem institucional de tratamento.”

O projeto terapêutico é o que irá indicar a direção que se deve dar ao tratamento, sendo que durante a elaboração do mesmo é importante que se tenha em mente: o que é possível e o que é desejável obter ao longo do tratamento do paciente? (Minas Gerais, 2006.)

De acordo com (MÂNGIA *et al* 2006, *apud* ZEFERINO *et al* 2013) os eixos norteadores para a construção do PTS, são: centralidade na pessoa, consideração do contexto e necessidade do usuário, parceria entre equipe e usuário, flexibilização das mudanças de cada momento da vida, reavaliação periódica, articulação dos recursos do território nas ações executadas e construção compartilhada e definição de metas com duração previamente acordada.

Fiorati e Saeki (2008), ao discutirem os resultados de um trabalho de acompanhamento terapêutico em um hospital psiquiátrico consideraram que o acompanhamento foi muito relevante para a unidade de internação em questão, pois contribui para uma prática mais humanizada e singular, direcionando ações de inclusão do portador de transtorno mental.

Segundo Goffman (1961) na ‘fase de internado’ o paciente pode chegar a compreensão de que foi abandonado pela sociedade e perdeu suas relações com os que estavam mais próximos. Com o intuito de evitar tais impressões o projeto terapêutico deve ser construído com a participação do indivíduo, da família e dos profissionais que o atendem.

A construção de um projeto terapêutico no ambiente hospitalar abarca dificuldades que não são encontradas em outros serviços. De acordo com esse objetivo devemos ter em mente os recursos disponíveis no território, considerando que a extensão do Estado encerra várias singularidades e desigualdades.

No hospital psiquiátrico a atenção da equipe deve ser redobrada para garantir que a individualidade, liberdade e autonomia do cliente sejam mantidas íntegras permanecendo sempre em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

Considerando que no momento da crise é quando entramos em contato com o usuário; todo o aparato jurídico, histórico e estrutural que permeia o atual contexto da saúde mental, o instrumento foi elaborado de acordo com os elementos e recursos sugeridos na Linha Guia de Atenção à Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006), e na prática clínica da equipe do serviço hospitalar, sendo que algumas etapas tiveram que ser adaptadas, já que a Linha Guia prevê que o paciente esteja em tratamento ambulatorial.

Os principais passos para o projeto terapêutico podem ser assim definidos:

- Atendimento individual: deve ser modulado de acordo com a necessidade do caso e deve ser estabelecido pela equipe.
- Levantamento dos serviços ambulatoriais disponíveis no território do usuário.
- Busca de outros recursos disponíveis: neste momento a referência técnica do usuário deverá fazer um levantamento dos recursos disponíveis no território do mesmo e a partir daí traçar o seu envolvimento na rede, fazendo as articulações necessárias para que no momento da alta já esteja configurada um primeiro contato entre o usuário e o serviço. No caso de o usuário já ter vínculo com o serviço ambulatorial deve-se investigar as causas que levaram a internação, sugerindo e ajudando na construção de novas estratégias.
- O trabalho de secretariado: que consiste em ouvir o que usuário tem a dizer, e a partir da sua fala auxiliá-lo no que é de importância para ele na sua vida cotidiana. Deve ser realizado para os usuários mais graves com intuito de auxiliar nas atividades diárias dos mesmos, deve ser feito através de atividades, articulações entre outros, com intuito de auxiliar o usuário em sua autonomia.
- Alta e encaminhamento para outros serviços: deverá ser decidida envolvendo os profissionais da saúde, o usuário e família, levando-se em conta os aspectos clínicos, psicossociais e familiares que puderem ser trabalhados com o paciente. Deve ser realizada somente no momento em que toda a articulação com a rede de atenção a saúde territorial for

envolvida no tratamento do paciente, garantindo a continuidade da assistência ao mesmo.

O instrumento foi elaborado para além do objetivo principal de guiar o processo de acompanhamento durante a internação, também como um instrumento de documentação e posterior fonte de informação para pesquisas subsequentes.

Foram utilizados como referencial teórico uma busca sistemática em banco de dados, Portal da CAPES, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores: projeto terapêutico e acompanhamento terapêutico.



#### 4. RESULTADO

A partir das reflexões chegou-se a necessidade da construção de um instrumento que pudesse ser utilizado pela equipe de profissionais durante a construção do Projeto Terapêutico Singular. O instrumento foi construído de acordo com as diretrizes estabelecidas pela política de atenção psicossocial e do atual modelo da rede de atenção à saúde.

O projeto terapêutico singular deve ser construído no dia a dia, durante todo o período de internação, tendo durante todo o processo a participação do usuário, família, dos serviços substitutivos e de toda equipe de saúde.

A construção de um projeto terapêutico não se faz sem a participação de toda equipe, que deve estar verdadeiramente envolvida nas singularidades de cada indivíduo. O projeto terapêutico singular deve ser uma possibilidade para que a equipe multiprofissional possa refletir sobre novas formas de acolhimento, intervenção, cuidado e reinserção social do usuário.

##### **Projeto Terapêutico Singular**

###### 1. Identificação do usuário:

Nome:

Prontuário/registro:

Data nascimento:

Data de admissão:

###### 2. Equipe responsável:

##### **Definição de hipótese diagnóstica**

3. Atendimento Individual (percepção do usuário)

4. Atendimento familiar

5. Avaliação psicológica, orgânica e social do paciente (avaliar riscos e vulnerabilidades)

##### **Definição de metas e divisão de responsabilidades entre os membros da equipe**

6. Serviço de referência no território do paciente: Centro de Saúde, CAPS I, CAPS II, CAPS III, outro serviço de saúde mental) e recursos disponíveis:

Centro de Saúde

Equipe Saúde da Família

CAPS I

CAPS II

- CAPS III
  - Centro de Convivência
  - Serviço de Saúde Mental
  - Residência terapêutica
  - Espaços de educação
  - Espaços de cultura
  - Espaços de esporte
  - Espaços de lazer
  - Outros
7. Articulação com a equipe de referência no território (tratamento, adesão, dificuldades no manejo do caso, relação familiar, contexto social e outros):
8. Internações anteriores (quantas e quais circunstância):
9. Programa de trabalho durante a internação (Listar e planejar as questões que deverão ser trabalhadas durante a internação, considerando aspectos clínicos, socioculturais, familiares, reestabelecimento de vínculos fragilizados ou perdidos entre o usuário e família e/ou equipe de referência no território, entre outros)
10. Articulação com os recursos no território:
11. Identificar os encaminhamentos ou serviços de saúde necessários para dar continuidade ao acompanhamento
- CAPS
  - Centro de Saúde
  - CRASS (Centro de Referência de Assistência Social)
  - Outros (especificar)
12. Preparar para alta
- Explicar ao usuário o novo serviço que deverá atendê-lo após alta.
  - Explicar sobre a medicação (horários, custo, onde adquirir, abuso, efeitos colaterais, processo de excepcionais)
  - Aumento da ansiedade
  - Problemas de sono
  - Problemas alimentares: diminuição/aumento do apetite, ganho de peso
  - Conflito com a família

Retorna as atividades laborais

13. Avaliação e reavaliação: (reunião de equipe semanal)

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A reforma psiquiátrica brasileira implica numa em muitos desafios para seus operadores e sociedade em geral. As novas diretrizes apontam para novos saberes e práticas exigindo de todos; gestores, profissionais da assistência, usuários e familiares outras formas de pensar e agir. Neste caminho procuramos formular um roteiro, sem a pretensão de ser algo pronto, mas uma contribuição ao cuidado do usuário da RAPS. Neste caminhar aprendemos e constatamos a dificuldade e necessidade de estudos e práticas que contribuam para a plena implantação dos serviços substitutivos de atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, S.M.M.O; QUEIROZ, M.S. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa.** Cad Saúde Pública. 2007 Jan; 23(1):207-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. **Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.** Brasília, (DF). 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, (DF). 2010.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanizaus: Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico.** Brasília-DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil,** Brasília-DF, 1988.

BEZERRA, D.S. **O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira.** Dissertação de mestrado. RJ, julho de 2008.

CARDOSO, L. et. al. **Curso de Especialização em Linhas de cuidado em enfermagem: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de pós-graduação em enfermagem, 2013.

DELL'ACQHA, MEZZINA,R. **Resposta à crise.** Per La salute mentale-pratiche ricerche culture dell'innovazione, 1(1). Trieste. 1998.

FERIGATO, S.H. et. Al. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos.** Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007:31.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo, Perspectiva, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte, 2006.

VOLPE, F.M. et.al. **Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 à 2007.** J Bras Psiquiatr. 2010; 59(3):203-209.

ZEFERINO, M.T. et. al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Projeto terapêutico Singular na Clínica da atenção psicossocial.** Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de pós-graduação em Enfermagem, 2013.