

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

JADIEL HAMIEL DOS SANTOS

**INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM INDIVIDUAL E/OU
COLETIVA? A contextualização do projeto terapêutico de
saúde mental em Cuité e Picuí/PB**

CUITÉ/PB

2013

JADIEL HAMIEL DOS SANTOS

INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM INDIVIDUAL E/OU COLETIVA? A
contextualização do projeto terapêutico de saúde mental em Cuité e Picuí/PB

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do Curso de
Bacharelado em Enfermagem da
Universidade Federal de Campina Grande,
campus Cuité, como pré-requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel.

Orientadora: Prof^ª Msc. Priscilla Maria de
Castro Silva

CUITÉ/PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S237i

Santos, Jadiel Hamiel dos.

Intervenção com abordagem individual e/ou coletiva? A contextualização do projeto terapêutico de saúde mental em Cuité e Picuí - PB. / Jadiel Hamiel dos Santos. – Cuité: CES, 2013.

64 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Priscilla Maria de Castro Silva.

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Projeto terapêutico singular. I. Título.

CDU 613.86

JADIEL HAMIEL DOS SANTOS

APROVADO EM: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª da UFCG Doutoranda Priscilla Maria de Castro Silva
Orientadora

Prof^ª da UFCG Doutoranda Alynne Mendonça Saraiva

Prof^ª da UFCG Msc. Samilla Gonçalves de Moura

Aos meus amados pais, que desde a minha infância tem dado grande incentivo ao meu desenvolvimento intelectual. À minha tia, Maria José (in memoriam), usuária do CAPS de Picuí por alguns anos após sua desinstitucionalização do hospital psiquiátrico, onde passou a vida inteira de privações devido ao intenso sofrimento psíquico (inspiração para a elaboração desta pesquisa).

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida, pelas muitas bênçãos concedidas e por ter guiado meus passos durante toda essa trajetória, mostrando-me que sou capaz.

Aos meus pais, Jaime Valério dos Santos e Maria das Dôres dos Santos, por todos os ensinamentos, paciência, amor e por toda dedicação a mim concedida desde meu nascimento. Ao meu irmão Adailson, minhas irmãs Adeilza, Adenilda e Maria da Guia, ao sobrinho Magdiel e ao cunhado Daniel, pelo apoio nos momentos que precisei e por acreditarem que sou capaz. À minha família muito obrigado!

À professora Msc. Priscilla Maria de Castro Silva, minha orientadora, por ter aceitado me orientar neste trabalho, pelo tempo dedicado, pela confiança que demonstrou em mim desde o princípio, por manifestar, em todo momento, solidariedade, apoio, disponibilidade e sábia paciência na construção dessa trajetória.

Às professoras Msc. Alynne Mendonça e Samilla Moura por aceitarem o convite para compor a banca deste trabalho e contribuírem no seu desenvolvimento, enriquecendo-o com valiosas considerações.

À professora Kalina Cely por toda dedicação e por ter se disponibilizado para supervisionar o Estágio em Enfermagem II quando muitos pensaram que não teríamos solução.

À todos os docentes de enfermagem da UFCG-CES que, com seus conhecimentos e dedicação, contribuíram para a minha formação.

Ao professor Robson Rubenilson, por ter acreditado em mim e ter sido forte estimulador quando do meu ingresso na Universidade, sem o primeiro passo este trabalho não seria possível.

À Maria do Socorro de Souto Santos e Cícera Gomes de Medeiros Oliveira, que são, respectivamente, psicóloga/coordenadora do CAPS-Cuité e assistente social/coordenadora do CAPS-Picuí, pela generosidade e confiança com que me acolheram enquanto pesquisador permitindo-me realizar as entrevistas, as quais contribuíram imensamente para a realização do nosso trabalho.

Aos profissionais, sujeitos da pesquisa, pela atenção e generosidade nas informações.

Aos colegas de curso, em especial, Djalisson Tayner, Gésska Costa, Tobias Lemos, Fagner Samuel e Celina Laura, amigos solidários e companheiros nesse delicado percurso, com quem compartilhei emoções, alegrias, momentos de estudos e

sabedoria. À vocês, grandes amigos que tive a honra de conhecer e conviver juntos a cada dia no decorrer do curso, meu muito obrigado.

À enfermeira Vitória Firmina Macedo Dantas pela paciência, incentivo e dedicação ao me proporcionar momentos de muito aprendizado no PSF Severina Farias Dantas e, pela oportunidade que me foi concedida para a realização de estágio extracurricular, que muito contribuiu na minha formação.

À Guia Oliveira e Fátima Cândido por toda amizade, reconhecimento, compreensão e paciência na minha ausência laboral para concretização deste sonho.

À professora Jeanne Medeiros, pela competente revisão final deste texto.

À todos aqueles que embora não citados, contribuíram de alguma forma no desenvolvimento deste trabalho. Muito obrigado!

“Tudo posso naquele que me fortalece”.
Filipenses 4:13

SANTOS, Jadiel Hamiel dos. **Intervenção com Abordagem Individual e/ou Coletiva? A contextualização do projeto terapêutico de saúde mental em Cuité e Picuí – PB.** 2013, 64p. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro de Educação e Saúde (CES), Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – Paraíba

RESUMO

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial, serviços estratégicos na assistência ao portador de sofrimento psíquico no contexto social e de saúde, são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental. No âmbito de seu território, as estratégias de intervenção são planejadas e têm objetivos estabelecidos através do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Nesse contexto, pretende-se pretendemos com este trabalho responder a seguinte problemática: Será que o PTS está sendo elaborado individualmente pelos técnicos de referência do CAPS? **Objetivo:** Analisar a contextualização de operacionalização do projeto terapêutico pelos profissionais dos CAPS de Cuité e Picuí – PB. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa. O cenário da pesquisa foi o CAPS I “Loucos pela vida”, na cidade de Picuí-PB, e o CAPS I “Um outro olhar”, na cidade de Cuité-PB, no período de maio à julho de 2013. A amostra foi composta por 07 profissionais dos CAPS supracitados, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Como instrumento para coleta do material empírico utilizou-se o método de entrevista com o uso de um roteiro semiestruturado. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sendo executado somente após a sua aprovação. **Resultados:** Através da análise categorial temática proposta por Bardin (2009), elaboramos as seguintes Categorias: I- Entendimento dos profissionais sobre saúde e doença mental; II- Inserção do profissional na rede de saúde mental; III- Entendimento dos profissionais acerca do Projeto Terapêutico Singular; IV- Operacionalização do PTS; V- Critérios utilizados para elaboração do PTS; VI- Treinamento/Capacitação para operacionalização do PTS; VII- Importância do PTS para reabilitação psicossocial. **Considerações finais:** A partir desse estudo, identificamos a importância do PTS para a reabilitação psicossocial dos usuários do CAPS e percebemos que toda a equipe multidisciplinar deve estar envolvida na operacionalização do PTS, no entanto, é necessário fazer com que a família, corresponsável pelo cuidado, acompanhe o PTS. Para isso, faz-se necessário a realização de treinamentos e capacitações dos profissionais para operacionalizar o PTS de forma satisfatória.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Projeto Terapêutico Singular. Saúde Mental.

SANTOS, Jadiel Hamiel dos. **Intervention Approach to Individual and/or Collective? The contextualization of the therapeutic mental health Cuité and Picuí - PB.** 2013, 64p. Completion of course work. Health and Education Center (ESC), Universidade Federal de Campina Grande, Cuité - Paraíba

ABSTRACT

Introduction: The Psychosocial Care Centers, strategic services in assisting the patient with psychological distress in social and health care, are responsible for organizing the network demand and mental health care. Within its territory, intervention strategies are planned and goals are established through the Therapeutic Project Singular (PTS). In this context, we intend to intend this work to answer the following issue: Does the PTS is being developed by individual technical reference CAPS? **Objective:** To analyze the context of the therapeutic operation by professionals CAPS Cuité and Picuí - PB. **Methodology:** This study deals with an exploratory - descriptive qualitative approach. The research scenario CAPS I was "Crazy for Life" in the city of Picuí -PB, and CAPS I "Another Look" in the city of Cuité -PB, from may to july 2013. The sample comprised 07 CAPS professionals above, according to the criteria of inclusion and exclusion. As a tool to collect empirical data we used the interview method using a semi-structured. The research project was submitted to the Ethics Committee of the Universidade Federal de Campina Grande, running only after approval. **Results:** By analyzing thematic category proposed by Bardin (2009), we prepared the following categories: I- Understanding of professionals about mental health and illness; II- Entering the professional network of mental health professional; III- Understanding about Therapeutic Project singular; IV- Operationalizing PTS; V- Criteria used for preparing the PTS; VI- Training / Capacity building for operationalization of the PTS; VII- Importance of PTS for psychosocial rehabilitation. **Final Thoughts:** From this study, we identified the importance of the PTS for psychosocial rehabilitation of users CAPS and realized that the entire multidisciplinary team should be involved in the operation of the PTS, however, it is necessary to make the family, co-responsible for the care accompanies the PTS. For this, it is necessary to carry out training and capacity building of professionals to operate the PTS satisfactorily.

Keywords: Psychiatric Reform. Therapeutic Project Singular. Mental Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	Contextualização da Reforma Psiquiátrica	13
3.2	Rede de Cuidados em Saúde Mental	18
3.2.1	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	18
3.2.2	Serviços Emergenciais	20
3.2.3	Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais	22
3.3	Contextualizando o Projeto Terapêutico Singular (PTS)	23
3.4	O Papel da Enfermagem nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental	26
4	METODOLOGIA	30
4.1	Tipo de Abordagem	30
4.2	Cenário de Estudo	30
4.3	Participantes do Estudo	31
4.3.1	População	31
4.3.2	Amostra	31
4.4	Crêterios de Inclusão e Exclusão	32
4.4.1	Crêterios de Inclusão	32
4.4.2	Crêterios de Exclusão	32
4.5	Instrumentos para a Coleta de Material Empírico	32
4.6	Processamento e Análise do Material Empírico	32
4.7	Considerações Éticas	33
4.8	Apresentação dos Resultados	33
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	34
5.1	Caracterização dos Profissionais que Operacionalizam o Projeto Terapêutico Singular	34
5.2	Análise e Discussão Categorial Temática	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES	57
	APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Semiestruturada para os Trabalhadores da Rede de Saúde Mental	58
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
	ANEXOS	60
	ANEXO A – Carta de anuência (CAPS – CUITÉ/PB)	61
	ANEXO B – Carta de anuência (CAPS – PICUÍ/PB)	62
	ANEXO C – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	63

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil, assim como em outros países, foi baseada, por muitos anos, no isolamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos sob condições desumanas e privados do convívio social.

As propostas contemporâneas da Reforma Psiquiátrica surgiram em meados da década de 1950 nos Estados Unidos e na Europa, no período posterior à Segunda Guerra Mundial. As denúncias de atos violentos, abandono, isolamento e cronificação dos doentes presentes nos asilos, deixaram clara a limitação das instituições hospitalares para alcançar a finalidade de tratamento a que se propunham. Ao mesmo tempo, a pressão por reformas sociais e sanitárias e os movimentos pelos direitos civis e humanos impuseram a redefinição dos modelos de assistência à saúde. Por todos esses aspectos, a sociedade começou a exigir novas formas de tratamento para os portadores de transtornos mentais (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2007).

Os movimentos anti-manicomiais surgem no Brasil a partir dos anos 80, principalmente inspirados na reforma psiquiátrica italiana, tendo grande influência e consequência na vida do portador de sofrimento psíquico, sua família e na sociedade como um todo, pois com o surgimento dos serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos, essas pessoas não ficariam mais isoladas, ao contrário, conviveriam livremente na sua comunidade, família, abrindo assim espaços para novas formas de tratamento (BRANDÃO, 2010).

No ano de 1989, começou a tramitar no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Mas é somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (CASTELLANI, 2009).

Nesse sentido, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do

Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (CASTELLANI, 2009).

Segundo Wetzell e Kantorsk (2004), a Reforma Psiquiátrica é marcada atualmente, na sua vertente assistencial, pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e, entre eles, com grande destaque, os chamados Centros de Atenção Psicossocial. Outros serviços substitutivos implementados foram as Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa e os Centros de convivência.

Todos estes serviços substitutivos são de grande relevância para o cuidado e recuperação dos portadores de sofrimento psíquico, em especial os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Porém, para que a assistência seja positiva, deve ser feito um Projeto Terapêutico apropriado e eficaz que atenda as particularidades de cada usuário.

Boccardo et al (2011) definem o projeto terapêutico singular como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido.

Neste sentido temos como problema de pesquisa compreender as dimensões do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e se este atende o portador de sofrimento psíquico de maneira individual atentando para suas necessidades e particularidades. Logo surge a inquietação: será que o PTS está sendo elaborado individualmente pelos Técnicos de Referência (TR) do CAPS? Ou será que esse PTS está sendo elaborado de forma coletiva e abrangente?

Partimos do pressuposto que as oficinas oferecidas no CAPS, em alguns momentos, são dispositivos massificados, que atendem parcialmente as necessidades dos usuários, sendo elas elaboradas coletivamente e não individualmente, não atendendo as necessidades de cada sujeito.

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu após uma reflexão sobre o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular nos CAPS de Cuité e Picuí - PB e as dificuldades que os profissionais encontram em efetuar um Projeto Terapêutico Singular eficiente que atenda as reais necessidades dos usuários.

2. OBJETIVOS

Geral:

- Analisar a contextualização de operacionalização do projeto terapêutico pelos profissionais dos CAPS de Cuité e Picuí – PB.

Específicos:

- Identificar quais os critérios utilizados na elaboração do projeto terapêutico dos CAPS de Cuité e Picuí – PB;
- Caracterizar os aspectos sócio-cultural e subjetivo dos profissionais de saúde que operacionalizam os projetos terapêuticos individuais;
- Investigar se houve capacitação dos profissionais para implementação do PTS;
- Avaliar a importância do PTS para reabilitação psicossocial.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Por muito tempo, os portadores de sofrimento psíquico foram considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos (BRASIL, 2008).

No final do sec. XVIII, em 1793, é que o psiquiatra Philippe Pinel (1745-1827), uma vez nomeado para dirigir o Hospital de Bicêtre, na França, define um novo status social para a loucura. Trata-se da apropriação da loucura pelo saber médico. A partir de então, loucura passa a ser sinônimo de doença mental. Pinel manda desacorrentar os alienados e inscreve suas “alienações” na nosografia médica. Desse modo, a loucura, enquanto doença deveria ser tratada medicamente (CASTRO et al., 2009).

Os autores supracitados referem que a iniciativa de Pinel abre duas questões importantes: se por um lado, tal iniciativa cria um campo de possibilidades terapêuticas, por outro, define um estatuto patológico e negativo para a loucura. As ideias de Pinel terminam por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar sua cura. O asilo passa a ser visto como a melhor terapêutica, onde aplica-se a reclusão e disciplina, sendo seu objetivo o tratamento moral.

No Brasil, conforme Duarte (2008) o golpe militar ocorrido em 31 de março de 1964 promoveu profundas mudanças no cenário social, as quais afetaram também a política de saúde mental. Esta foi uma época caracterizada fortemente pela privatização, em larga escala, dos serviços de saúde mental. Não bastasse a já questionável eficácia terapêutica da assistência ao portador de sofrimento psíquico ofertada pelo modelo hospitalar, surgiu neste período, uma exploração comercial da loucura. Atividade esta que se mostrou bastante rentável, pois a clientela a ser internada nos hospícios aumentava vertiginosamente.

Outro fator que contribuiu para agravar a exploração comercial da loucura foi a falta de controle daquelas internações, bem como a duração de tempo das mesmas. Como consequência inevitável desse quadro, o tratamento oferecido a toda a clientela admitida nos hospitais psiquiátricos era cada vez pior (DUARTE, 2008).

Assim, em consonância com o pensamento de Acioly (2009), ao longo do século XX, o hospital psiquiátrico ocupa a dimensão de espaço de tratamento aos socialmente reconhecidos como loucos. Porém, não representa exatamente o resultado de avanços

científicos nos modos de “lidar” com o fenômeno loucura ou com a questão da “doença mental”. Além da pretensa finalidade terapêutica historicamente impressa à figura do hospital psiquiátrico, há outras subjacentes à internação nessa instituição, tais como rejeição, segregação, punição, invalidação. Portanto, não responde necessariamente a uma demanda clínica do indivíduo socialmente reconhecido como louco, mas institucionaliza necessidades da sociedade.

No início de 1970, o Brasil foi influenciado pelas propostas da psiquiatria comunitária desenvolvidas nos Estados Unidos e na Europa. Todavia, mesmo com a postura preventivista, as condições precárias da assistência psiquiátrica brasileira apresentavam níveis alarmantes. Havia mais de sete mil pessoas internadas sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialistas (GUIMARÃES, 2011).

Contudo, em contrapartida ao modelo vigente, em pouco tempo, vão se avultando denúncias e críticas a esses espaços, surgindo, então, propostas de mudanças do modelo capazes de insurgirem contra tal dominação (SILVEIRA, 2009).

O processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em duas fases: a primeira de 1978 a 1991 compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica teve início em abril de 1978 com o episódio conhecido como a “Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental” (DINSAM). A crise teve início depois que denúncias de maus tratos não esclarecidas ocorreram em hospitais psiquiátricos (MACEDO; ANDRADE; SILVA, 2009). Três médicos denunciaram sobre as condições precárias e de irregularidades ocorridas na unidade hospitalar do Centro Psicopedagógico II, no Rio de Janeiro, em 1978, trazendo para conhecimento público a trágica situação existente neste hospital de pronto-socorro, na qual eram frequentes denúncias de estupro, agressão, trabalho escravo e mortes não esclarecidas nas unidades hospitalares (CARVALHAES, 2008).

Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) inicia uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, uma denúncia da violência dos manicômios. Dando início a construção coletiva do “chamado” saber psiquiátrico e do modelo hospitalocêntrico (ESLABÃO et al., 2010).

Segundo Villela (2009) o MTSM era constituído por trabalhadores insatisfeitos com as condições de tratamento e trabalho na área de saúde mental. As suas várias

críticas e denúncias à precariedade da assistência em saúde mental foram responsáveis pela busca na formulação de uma teoria e organização de novas práticas de cuidado.

As reivindicações do MTSM são incorporadas ao movimento sanitário: “*a luta de ambos é comum*”. As políticas de saúde mental desse período (do início até meados da década de 1980) acoplam-se ao projeto de reforma sanitária e são constituídos dentro dos planos do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) e das Ações Integradas em Saúde (AIS), conquistas do movimento sanitário (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Buscando ampliar seu campo de ação no território estatal, o MTSM adotou para si táticas já utilizadas pelo movimento de Reforma Sanitária, as quais consistiam na ocupação, por parte de seus atores sociais, de espaços deliberativos e de poder, com o objetivo de difundir os ideais do movimento dentro da máquina estatal. Tal estratégia possibilitou que líderes do MTSM interviessem em hospitais públicos e privados do país, além de iniciar a expansão da rede ambulatorial de psiquiatria. Desta forma, o MTSM dá os primeiros passos na direção de realização de alguns objetivos por ele outrora traçados: a humanização na assistência prestada pelo hospital psiquiátrico e o aumento do número de ambulatórios em saúde mental (DUARTE, 2008).

O II Congresso Nacional do MTSM, em 1987, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Naquele mesmo ano, era realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (MARTINS, 2012).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, organizada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e realizada no Rio de Janeiro, não teve a participação da sociedade civil, trabalhadores, usuários e famílias na sua organização porque na época isso não se cogitava. Tudo centralmente organizado, com grande esforço de setores contra hegemônicos do governo e uma grande sede de participação social dos diversos segmentos de base interessados (PITTA, 2011). A I Conferência representou, portanto, o início do desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de se lidar com a loucura e a prescrição da desinstitucionalização como estratégia de reversão da exclusão dos loucos da cena pública.

O desejo de “uma sociedade sem manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica.

O Movimento vem organizando no dia 18 e ao longo do mês de maio, o Dia da Luta Antimanicomial, com inúmeras atividades culturais, artísticas e científicas nos estados, em muitas cidades do país, com o objetivo de sensibilizar e envolver novos atores sociais para a questão (PITTA, 2011).

Ainda de acordo com o autor supracitado, dezenas de associações de familiares, de voluntários e de usuários de serviços psiquiátricos foram organizadas e outras deixaram de existir nessas duas décadas. O protagonismo dos usuários e familiares no Movimento tem crescido e amadurecido através do tempo fazendo lideranças profissionais muitas vezes se esquecerem de suas funções de cuidar para que esses segmentos tenham suporte para seguirem se desenvolvendo como sujeitos de suas histórias.

No ano de 1989, um ano após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG). O qual propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no país. (BRASIL, 2005 apud MESQUITA et al., 2010).

Assim, conforme os autores citados acima, a Lei Federal 10.216/2001 redireciona o amparo em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, no entanto, não estabelece estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília no ano de 1992 é um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira com intensa participação dos segmentos sociais envolvidos, onde já 20% dos delegados da conferência foram os usuários e familiares. As recomendações gerais sobre o modelo de atenção enfatizavam o território e a corresponsabilidade no cuidado como forma de garantir o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte (PITTA, 2011).

De acordo com Berlinck, Magtaz e Teixeira (2008) o Brasil é aderente à Declaração de Caracas aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde, e a ela se articulou o longo e conturbado movimento dos trabalhadores em saúde mental que resultou na Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Esta Lei permitiu o

desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. Foi um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e inclui-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais.

A promulgação da lei 10.216, aprovada em 2001 após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

Após isso, o Ministério da Saúde (2005) criou linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2005), neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.

Os programas de serviços com suporte comunitário foram desenvolvidos para atender as necessidades dos portadores de sofrimento psíquico fora de uma instituição. Focam a reabilitação, as necessidades profissionais, a educação e a socialização, assim como o controle de sintomas e de medicação (VIDEBECK, 2012).

Depois da vigência da Lei Paulo Delgado n. 10.216/2001, em contrapartida ao processo de desinstitucionalização, surgiram os serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico. Esses serviços de grande importância para a recuperação dos portadores de transtorno mental são representados pelos CAPS, Programa de Volta para Casa, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Emergências Psiquiátricas e

leitos em hospitais gerais, este último oferece internação do portador de doença mental em momento de crise. Abaixo segue uma breve definição de cada Serviço.

3.2. REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Os serviços de saúde mental substitutivos ao hospital foram criados com o intuito de garantir uma assistência contínua aos egressos, propondo novas formas de acolher/cuidar dos usuários segundo o paradigma da reabilitação psicossocial. Com isso, o modelo clínico e excludente que restringia o portador de sofrimento psíquico ao asilo deu lugar ao modelo inclusivo clínico-epidemiológico, buscando devolver o doente à dinâmica da vida social e familiar, como forma de ressaltar suas potencialidades e vulnerabilidades no manejo com o seu adoecimento (SILVA, 2011).

3.2.1. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS surgem no Brasil a partir de 1986 tendo como fontes inspiradoras as estruturas de hospital-dia que surgiram na França na década de 1940; as experiências das comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, na Escócia; os Centros de Saúde Mental, nos anos 1960, nos Estados Unidos; e, os Centros de Saúde Mental da Itália, nos anos 1970/1980 (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008).

A Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde define formalmente os CAPS como unidades locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional.

Conforme a Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002, os centros passam a constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS ad III e CAPSi definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, funcionando segundo a lógica da territorialidade. A seguir, abordo as principais características de cada um dos CAPS de acordo com a Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.

Os CAPS I são serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Conta com uma equipe técnica mínima de nove profissionais de saúde para o

atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, e funcionam no período de 08:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS II são serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Conta com uma equipe técnica mínima de doze profissionais de saúde para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, e funcionam de 08:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

Os CAPS III constituem em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Conta com uma equipe técnica mínima de 16 profissionais de saúde para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo.

Os CAPS ad – Centro de atenção Psicossocial para atendimento de usuários com uso de álcool e outras drogas – são os dispositivos estratégicos da rede de atenção a essa população específica, a serem implantados em regiões metropolitanas e municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. O serviço tem como objetivo garantir tratamento a pessoas com transtornos comportamentais decorrentes da dependência que apresentam danos físicos, psíquicos e sociais, promovendo o ser humano em toda a sua complexidade, trabalhando a superação do estigma da dependência química e oferecendo uma perspectiva de reflexão, em que a pessoa possa pensar a retomada da cidadania como um processo de reconstrução social e familiar (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

A Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS ad III. Entende-se por CAPS ad III aquele estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana.

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com grave sofrimento psíquico. Nessa categoria estão incluídos os sujeitos psicóticos, autistas, neuróticos graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (JUNIOR, 2009).

3.2.2. Serviços Emergenciais

Os Serviços de Emergências Psiquiátricas (SEP) relacionam-se com todos os serviços que compõem a rede de saúde mental, além de exercer um importante papel de organização do fluxo de pacientes dentro desta rede. Desse modo, as funções dos SEP extrapolam a simples necessidade de estabilização de quadros psiquiátricos agudos ou de encaminhamentos para internação integral (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Segundo os autores supracitados, os SEP representam um marco central na estruturação das redes de saúde mental, podendo servir como termômetro do funcionamento adequado da atenção primária e secundária, além de servir como um sistema tampão provisório para suprir as demandas excedentes associadas às deficiências dos serviços extra-hospitalares.

A emergência psiquiátrica é marcada por uma situação de crise, de desestabilização, de ruptura, de perturbação, de conflitos, de desordem, tanto em nível individual quanto coletivo. Trata-se de um evento que ressalta a dinâmica e o movimento de determinados saberes e práticas em relação à loucura. Diante desse quadro, é indispensável a intervenção imediata de uma equipe multiprofissional, no intuito de evitar maiores prejuízos à saúde do indivíduo, ou de eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de terceiros (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Outros serviços substitutivos em saúde mental são as Residências Terapêuticas, o Programa De Volta para Casa e os Centros de Convivência, os quais tem uma grande relevância para o tratamento e a reabilitação dos usuários de saúde mental.

O Ministério da Saúde (2004) afirma que as Residências Terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade.

Temos dois tipos de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): No SRT I o suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer,

educação, etc.). Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador, pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico ou até de SRT que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do De Volta Para Casa (BRASIL, 2004).

O SRT II atende idosos, doentes e/ou dependentes físicos ofertando cuidados substitutivos familiares. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24 horas por dia (BRASIL, 2004).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2004) o Programa "De Volta para Casa", vem realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação).

Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa "De Volta Para Casa" são duas estratégias distintas de desinstitucionalização, porém associadas enquanto diretrizes políticas de construção do processo de reinserção social de pessoas egressas de instituições psiquiátricas (CAMPOS, 2008).

Os Centros de Convivência surgem como espaços de expressão e criação, propiciadores de inclusão social. Trata-se de um dispositivo não sanitizado, onde o que se opera não é o tratamento por princípio, mas a oferta de atividades criativas e diferenciadas, relacionadas à cultura, tendo nas oficinas seu elemento organizador (SOARES, 2011).

O Ministério da Saúde (2004) afirma que os Centros de Convivências são dispositivos do serviço público que vêm complementar a rede de saúde mental, possibilitando que os portadores de sofrimento psíquico tenham um espaço de socialização, produção e acesso à cultura, de modo a produzir transformações tanto nos pacientes da saúde mental quanto na sociedade em que este está inserido.

Os Centros de Convivência atuam em parceria com os dispositivos da rede, a fim de facilitar a socialização dos pacientes da saúde mental, sobretudo aqueles com

quadros clínicos severos e persistentes, tendo em vista romper as barreiras do preconceito, criando um espaço para as diferenças. Para fazer possível tal inserção, os Centros de Convivências ocupam um lugar estratégico na rede, de modo a trabalhar não apenas como um dispositivo de saúde mental, mas também como um espaço de manifestação cultural (BRASIL, 2004).

3.2.3. Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais

A Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG) consiste num conjunto de serviços de saúde mental situados em uma estrutura hospitalar geral. Levando-se em conta que o principal deles é a enfermaria psiquiátrica, a criação das UPHG representa uma alternativa aos hospitais psiquiátricos para o tratamento dos portadores de transtornos mentais severos em quadro agudo (LUCCHESI; MALIK, 2009).

O hospital geral como recurso último no momento de crise compõe a rede de serviços regida por legislação específica e deve estar interligado a outros serviços de acompanhamento, dentro das ações em saúde de promoção, prevenção e recuperação preconizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS (MONTEIRO; BELLINI, 2008).

Os leitos psiquiátricos no hospital geral foram aceitos como o substituto dos leitos em hospitais psiquiátricos proporcionando um melhor atendimento ao portador de sofrimento psíquico durante sua internação (CÁCERES, 2010).

De acordo com a portaria 224/92, o número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo, terapias, grupo operativo, dentre outros. Os pacientes deverão utilizar a área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócioterápicas.

Ainda de acordo com a portaria citada acima estes serviços devem oferecer, de acordo com as necessidades de cada paciente, avaliação médica, psicológica e social, atendimento individual e a inclusão da família no acompanhamento desde a admissão, alta e continuidade do tratamento.

Dessa maneira, é também no hospital geral, na internação psiquiátrica ou em leitos psiquiátricos que a Reforma Psiquiátrica busca a extinção do tratamento manicomial. Prima pelo trabalho dos profissionais na perspectiva psicossocial, que

integrem o indivíduo em sofrimento psíquico no processo terapêutico, fazendo com que participem do seu tratamento. Tendo a família como importante parceira nesse processo terapêutico, na construção da cidadania e da vida com qualidade satisfatória (MELLO, 2010).

3.3. CONTEXTUALIZANDO O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

As estratégias para o desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares se baseiam nos princípios norteadores sugeridos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Política de Saúde Mental Brasileira que foi internacionalmente validada e reconhecida. Em 2001, a OMS em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde, apresentou o Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Este relatório sugeriu diretrizes para a construção de projetos terapêuticos e para a organização dos serviços de saúde mental (BARROS, 2010).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços estratégicos na assistência ao sofredor psíquico no contexto social e de saúde, são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, no âmbito de seu território. Nos CAPS, as estratégias de intervenção são planejadas e têm objetivos estabelecidos através do projeto terapêutico que, de acordo com a Portaria 147, de 25 de agosto de 1994, define-se como o conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário do serviço, desde a admissão até a alta (KANTORSKI et al., 2010).

Os autores supracitados referem ainda que, o PTS é um instrumento de gestão que deve contemplar o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares adequados às características da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família.

De um modo geral, projeto terapêutico singular é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido (BOCCARDO et al., 2011).

Entende-se que o PTS é uma ferramenta importante para o desenvolvimento do cuidado ao portador de sofrimento psíquico, pois serve de eixo de referência para guiar

as ações dos profissionais dos serviços substitutivos na busca de atender à reabilitação psicossocial do sofredor psíquico (KANTORSKI et al., 2010).

O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (BRASIL, 2008).

A construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve o portador de sofrimento psíquico, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo, inclusão social (BOCCARDO et al., 2011).

Barros (2010) afirma ainda, que em relação às diretrizes para a construção de projetos terapêuticos se propõe que as ações devem ser direcionadas para as possibilidades de mudanças e crescimento capazes de transformar a situação existencial da pessoa em seu contexto de vida.

Portanto, Pinto et al (2011) afirmam que o projeto terapêutico incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência.

Estas equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (PINTO et al., 2011).

Segundo o autor supracitado, o PTS é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida. Esse projeto é algo singular, uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/usuário/família. Tendo em vista a pluralidade de sujeitos envolvidos, tal situação requer formas de atuação que lhes sejam adequadas.

Encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante o olhar e a escuta que reconheçam as subjetividades. Dessa forma, a proximidade com a pessoa que sofre a experiência de sofrimento psíquico coloca em confronto as diversas possibilidades interpretativas, interroga competências, pede sensibilidade do profissional. Pede, também, o entendimento de que o sofrer psíquico não pode ser visto como algo a ser eliminado ou combatido, mas como um caminho capaz de levar à redescoberta do real, da compreensão da experiência emocional de quem a vivencia (PINTO et al., 2011).

Nos CAPS temos os técnicos de referência (TR), que são profissionais que têm sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço, como também traçar outros espaços e recursos a serem explorados pelo usuário. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no PTS, dialogando com o usuário, a família e com a equipe técnica do CAPS. O TR deve conhecer a história do usuário, bem como o desenvolvimento de sua doença, suas relações e atual situação, para isso é preciso permitir-se aproximar-se, inclinar-se, estar junto (MORAES, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) o PTS contém quatro momentos, os mesmos são definidos da seguinte maneira:

1 - O **diagnóstico**: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da 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. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.

2 - **Definição de metas**: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o portador de sofrimento psíquico pelo membro da equipe que tiver vínculo melhor.

3 - **Divisão de responsabilidades**: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

4 - **Reavaliação**: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

Ainda para o Ministério da Saúde (2008) as discussões para construção e acompanhamento do PTS são uma excelente oportunidade para a valorização dos

trabalhadores da equipe de saúde. No decorrer do tempo vai ficando evidente a interdependência entre todos na equipe.

Contudo, muitas vezes as equipes multiprofissionais se deparam com algumas dificuldades na hora de implementar o PTS, ou o fazem parcialmente. As atividades realizadas nos CAPS, em alguns momentos, são coletivas, indo desta maneira em contradição à proposta do PTS. As oficinas realizadas em grupo não atentam para a singularidade de cada sujeito e (des)constrói a ideia proposta pelo PTS.

3.4. O PAPEL DA ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL

Diante das transformações ocorridas no campo da saúde mental, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem tenham como perspectiva de cuidado a reabilitação psicossocial e o desenvolvimento de pessoas com práticas seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica. Entende-se que a reabilitação psicossocial é o conjunto de meios, de atividades que se desenvolvem visando melhorar a qualidade de vida dos que apresentam problemas sérios e persistentes no campo da saúde mental. A reabilitação psicossocial passa a ser entendida a partir da ideia de reconstrução do exercício pleno da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

De acordo com os autores supracitados, a atribuição do enfermeiro evoluiu de uma postura de custódia, centrada no atendimento das necessidades físicas e gerais dos pacientes, para, progressivamente, incorporar uma abordagem psicológica e social, o que lhe conferiu reconhecimento da equipe na abordagem ao paciente.

Os serviços de saúde mental geralmente desenvolvem atividades terapêuticas peculiares exigindo do enfermeiro versatilidade e capacidade de desenvolver atividades terapêuticas diversas, considerando as necessidades dos usuários e as habilidades dos profissionais para atender os preceitos do modelo assistencial (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

Em relação ao modelo psicossocial, os autores supracitados afirmam que tem como característica a ênfase na promoção da saúde e na reinserção social do paciente. Sendo assim, o enfermeiro além de manter sua capacitação técnica específica, também

desenvolve outras formas de abordagens terapêuticas conforme as necessidades da clientela e ao plano terapêutico global do serviço.

A enfermagem contribui para a identificação e valorização da singularidade do doente mental, atuando junto aos pacientes e desmistificando a loucura para a sociedade. Pelo fato de ser uma área de grande proximidade com o paciente, a enfermagem deve ser capaz de incluir o portador de sofrimento psíquico na sociedade, auxiliando-o e apoiando-o, bem como aos seus familiares em programas como De Volta pra Casa, Residências Terapêuticas, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), entre outros (MOREIRA et al., 2008).

Segundo os autores citados acima, a enfermagem, em conjunto com outros profissionais, usuários e familiares, e a sociedade, contribui para a identificação e valorização do portador de sofrimento psíquico em sua individualidade, responsabilizando-o por suas atitudes e instruindo-o de maneira correta para que assuma independência, além de exercer a função de informar à sociedade, favorecendo a inclusão social desse indivíduo.

Entendendo que a atuação do enfermeiro no campo da saúde mental deve acompanhar os avanços dos serviços de saúde, se faz necessária a busca de novos caminhos em que se possa (re)pensar os cuidados de enfermagem de uma forma ampliada e humanizada, indo de encontro ao modelo biologicista/organicista, que se mostrou insuficiente para dar conta das questões complexas que envolvem tal campo, sendo fundamental considerar a necessidade de uma ação interdisciplinar (MARTINS et al., 2012).

Nos SRT o enfermeiro deve investir em: ampliar trocas, a circulação das diferenças e promover espaços onde estas pessoas egressas de internações psiquiátricas de longa duração sejam efetivamente sujeitos de suas vidas, atributo que a instituição lhes confiscou (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

Damásio et al (2008) afirmam que nos Centros de Atenção Psicossocial a atuação do enfermeiro é organizada conforme a demanda do perfil dos usuários, oferecendo a essa clientela tratamento na forma de psicoterapia de grupo, sessão de psicodrama, grupo de acompanhamento ao uso de psicofármacos, grupo de sala de espera, técnicas de relaxamento dirigido, meditação e aquecimento com exercício físico com inúmeros objetivos como vivenciar relações interpessoais em ambiente protegido de grupo, favorecer o autoconhecimento, compartilhar de problemas semelhantes,

resgatar a criatividade e a espontaneidade dos usuários, ajudar-lhes para melhor compreender a própria doença e a entender que existem formas complementares de lidar com ela que, associadas aos medicamentos, podem propiciar mais qualidade de vida e autonomia.

Outras atribuições do enfermeiro nos CAPS ainda podem ser citadas, como visita domiciliar, triagem, coordenação do serviço, estruturação de outros grupos terapêuticos e atividades como comemorações, feiras e outros eventos que visam integrar o serviço e seu trabalho à vida dos familiares dos usuários e da comunidade que fica em seu entorno.

O enfermeiro pode criar espaços de produção de modo que o cliente possa encontrar respostas para as suas distintas demandas. Assim, as atividades no cotidiano com os clientes assumem um papel revelador, guiando os enfermeiros em seus passos, garantindo a desmontagem de inúmeras ideias preconcebidas de lidar e compreender a loucura. Escutar, conviver, criar vínculo, ser solidário e criativo começam a fazer parte da nova maneira de cuidar do doente (FILHO; MORAES; PERES, 2009).

Ainda para os autores supracitados, é importante pensar o cuidar a partir da atenção psicossocial. O conceito de atenção dá ao enfermeiro uma dimensão do tipo de cuidado que busca proporcionar ao cliente: um cuidado não no sentido caritativo e com a conotação de dever e obrigação que ainda persiste, um cuidado que não visa apenas suprimir os sintomas, mas, sim, que busca o desafio de criar espaços de acolhimento e tolerância para os portadores de sofrimento psíquico. A convivência diária, o diálogo e a escuta têm sido importantes no cuidar proporcionado pela enfermagem.

Portanto, é imprescindível reconhecer a distinção entre ouvir e escutar, pois ouvir é basicamente um ato fisiológico e escutar requer uma disposição interna de acolher e buscar alcançar algum registro que viabilize algum campo de troca. O desejo de fazer, ajudar, ser solidário, afetar e ser afetado, como um cuidar criativo, é exercício diário, lapidado por profissionais inquietos, que fazem de sua inconformidade sua melhor ferramenta para aliviar o sofrimento de pessoas com transtornos mentais. Essa prática é exercida por fracassos e sucessos, contradições, tentativas, erros e aprendizagens, desse exercício diário (FILHO; MORAES; PERES, 2009).

Nessa concepção, seu relacionamento e comunicação com o paciente, sua capacidade de ouvir e interagir contribuiu para a construção de nova identidade para esses profissionais na atenção ao portador de sofrimento psíquico. Discute-se o enfoque

no atendimento global, que pressupõe a inserção do paciente em um contexto sociocultural, político e econômico com ênfase nas relações terapêuticas interpessoais, vinculadas às ações comunitárias, com uma lógica inversa àquela da exclusão e do internamento. O processo da reinserção social do paciente requer do enfermeiro a prática compreensiva, reflexiva, criativa onde a escuta e o diálogo passam a serem peças fundamentais no tratamento e através da construção do vínculo enfermeiro-usuário, estabelecerá um relacionamento de confiança (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008).

Com os avanços ocorridos no campo da saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica, Filho et al (2009), afirmam que estamos em tempo de reinventar a prática de enfermagem e devemos fazê-lo em uma perspectiva criativa e imaginativa. Saberes e práticas que estão se desenhando recusam as regras, os determinismos, o que possibilita redimensionar o trabalho do enfermeiro, que, ao invés de exercer o controle do paciente, busca a relação de reciprocidade com o usuário e família, e assim resgatar laços afetivos e sociais. A partir da criação de novos espaços de trabalhos nos CAPS, o enfermeiro se ver responsável por uma assistência inovadora e promissora em suas práticas.

Partindo dessa nova realidade, o enfermeiro participa de atividades grupais; grupos de estudos; reuniões de famílias e de equipe; visitas domiciliares e excursões; e escuta, acolhe e estabelece vínculos com o cliente.

As responsabilidades com o cuidado do portador de sofrimento psíquico aumentaram, pois o enfermeiro tem que se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário/gente, aquele que precisa não só de uma prática de técnicas mecânicas, mas, acima de tudo, de técnicas inovadoras e humanizadas. Os profissionais de enfermagem, antes de tudo, têm que estar seduzidos pelo trabalho, para desconstruírem representações sobre o cliente com sofrimento psíquico, oriundas, sobretudo, do paradigma psiquiátrico que tem noções de periculosidade e de incapacidade como eixos definidores das ideias de louco e loucura (FILHO; MORAES; PERES, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e analítico com abordagem qualitativa para interpretação dos significados dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial sobre a operacionalização do projeto terapêutico.

Como forma de adquirir conhecimento, a pesquisa distingue-se pelo método, pelas técnicas e por estar voltada para a realidade empírica e pela forma de comunicar os resultados obtidos (SIQUEIRA et al., 2008).

A pesquisa exploratória consiste na leitura e interpretação das informações com o objetivo de identificá-las, para que possam ser utilizadas na proposta da utilização dos conceitos em estudo. A tipologia descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1996 apud HÉKIS et al., 2011).

Podemos partir do princípio de que a pesquisa qualitativa é aquela que trabalha predominantemente com dados qualitativos, isto é, a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseadas representam um papel menor na análise (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos CAPS I – dos municípios de Cuité e Picuí/PB, no período de maio a julho de 2013. Os mesmos localizam-se, respectivamente, na Rua Colina da Lagoa, bairro São Vicente – Cuité/PB; e na Rua São Sebastião, 48 – Centro – Picuí/PB.

A escolha dos locais foi baseada no fato de que ambos os CAPS são serviços de referência na região em relação ao atendimento aos portadores de sofrimento psíquico e juntos possuem uma grande demanda de usuários que utilizam desse tipo de estratégia para a sua reabilitação. Funcionam pela manhã e tarde das 8 às 17h, oferecem consulta psiquiátrica, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, cuidados da equipe de

enfermagem, orientações na área de Serviço Social, acompanhamento psicológico e psicopedagogo, entre outros serviços.

O CAPS I “Um outro olhar” de Cuité/PB atende 421 usuários, destes, 10 são atendidos em caráter intensivo, 17 semi intensivos e 394 não intensivos.

O CAPS I “Loucos pela vida” de Picuí/PB atende 90 usuários, divididos em intensivos (31), semi intensivos (12) e não intensivos (47).

O município de Cuité está localizado na microrregião do Curimataú Ocidental no Agreste paraibano, possui área de 735,33 km², 649 metros acima do nível do mar, distante 159 km da capital do Estado, João Pessoa. De acordo com o censo do IBGE/2010, a população de Cuité - PB é de 19.950 habitantes.

Picuí está localizado na microrregião do Seridó Oriental Paraibano na Mesorregião da Borborema, possui área de 665,57 km², 439 metros acima do nível do mar, distante 175 km da capital do Estado, João Pessoa. De acordo com o censo do IBGE/2010, a população de Picuí – PB é de 18.222 habitantes.

Em relação à saúde mental dos municípios, ambos possuem apenas o CAPS I para acolher os portadores de sofrimento psíquico desinstitucionalizados dos antigos hospitais psiquiátricos, conforme a classificação preconizada pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito a rede de atenção psicossocial e o porte do município.

4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.3.1. População

Para desenvolver a pesquisa, a população do estudo foi composta por todos os profissionais de nível superior que atuam no CAPS I “Um outro olhar” de Cuité e no CAPS I “Loucos pela vida” de Picuí, que participam da elaboração do PTS dos usuários.

4.3.2. Amostra

Participaram da amostra 07 (sete) profissionais de nível superior que concordaram e aceitaram participar da pesquisa, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão e exclusão.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1. Critérios de inclusão

- Ser profissional de nível superior do CAPS I “Um outro olhar” de Cuité ou do CAPS I “Loucos pela vida” de Picuí;
- Realizarem acolhimento e acompanharem o Projeto Terapêutico Singular dos usuários do CAPS;
- Aceitaram participar voluntariamente da entrevista, e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

4.4.2. Critérios de exclusão

- Não evoluir o Projeto Terapêutico Singular dos usuários do CAPS;
- Profissionais que se afastaram no período da coleta de material empírico por licença ou férias.

4.5. INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi obtido através de uma abordagem qualitativa com a realização de entrevistas dirigidas utilizando roteiros para entrevista semiestruturada com perguntas subjetivas direcionadas aos profissionais de saúde (APÊNDICE A).

Segundo Oliveira (2010) na entrevista semiestruturada são apresentados tópicos, ao invés de questões fechadas que permitem respostas subjetivas, sem perder o quantitativo. Foi solicitada previamente a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) do voluntário e em seguida foram realizadas as entrevistas.

4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Para a análise dos resultados das entrevistas dirigidas foram utilizadas as técnicas de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), o qual afirma que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que tem o objetivo de alcançar através de procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a indução de informações relativas às condições de produção/recepção destas mensagens. As regras de análise de Bardin (2009) são as de

categorização das informações por: homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e adequação ou pertinência.

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Nesse tipo de pesquisa o projeto depois de elaborado foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) para parecer sobre a possibilidade de operacionalização da pesquisa. Nesse caso, seguiremos as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os colaboradores da pesquisa ficaram cientes do anonimato e privacidade dos depoimentos prestados. Logo após a decisão, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os mesmos estavam cientes dos benefícios e malefícios da pesquisa, assim como as demais informações éticas.

De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes também receberam e foram informados sobre o Termo de Compromisso do Pesquisador, o qual esclarece detalhadamente os procedimentos realizados na pesquisa. Embora haja uma nova resolução, a 466/12, que revoga a 196/96, quando o projeto foi enviado para a plataforma Brasil, ainda estava em uso a antiga.

4.8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados utilizou-se a técnica da narrativa que possibilita a confrontação de significados com a literatura pertinente ao tema discutido.

Conforme a resolução 196/96, garantimos o anonimato dos profissionais através da letra “P” (profissionais) acompanhado por um número cardinal em ordem crescente (1,2,3...).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE OPERACIONALIZAM O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Gênero	n°	%
Feminino	07	100
Masculino	00	00
Total	07	100
Idade	n°	%
20 – 30	04	58
31 – 40	01	14
41 – 50	01	14
51 – 60	01	14
Total	07	100
Função	n°	%
Enfermeira	03	44
Psicóloga	02	28
Terapeuta ocupacional	01	14
Assistente social	01	14
Total	07	100
Estado civil	n°	%
Solteiro	05	72
Casado	02	28
Total	07	100

Tabela de caracterização dos profissionais que operacionalizam o PTS. Demonstra gênero, idade, função e estado civil.

No primeiro momento da pesquisa houve uma caracterização dos profissionais entrevistados. No que se refere a 07 entrevistados, 58% apresentam idade entre 20 a 30 anos, 14% apresentam 31 a 40 anos de idade, 14% entre 41 a 50 anos, os outros 14% estão entre 51 a 60 anos. Não há variação de sexo, pois as entrevistadas eram 100% Femininas. O estado civil das entrevistadas apresentou 72% solteiras e 28% casadas. Em relação às funções das profissionais, 44% são enfermeiras, 28% são psicólogas, 14% terapeuta ocupacional e por fim 14% assistente social.

5.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO CATEGORIAL TEMÁTICA DO MATERIAL EMPÍRICO

No segundo momento foram selecionadas as respostas mais coerentes, vislumbrando responder nossos objetivos, criamos as seguintes categorias: Categoria I- Entendimento dos profissionais sobre saúde e doença mental, Categoria II- Inserção do profissional na rede de saúde mental, Categoria III- Entendimento dos profissionais acerca do Projeto Terapêutico singular, Categoria IV- Operacionalização do PTS, Categoria V- Critérios utilizados para elaboração do PTS, Categoria VI- Treinamento/Capacitação para operacionalização do PTS, e, Categoria VII- Importância do PTS para reabilitação psicossocial.

CATEGORIA I: ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

Diante dessa categoria será explicitado o relato sobre o entendimento dos profissionais que operacionalizam o PTS a respeito do conceito de saúde e doença mental. Foi percebido que os profissionais trazem definições de saúde e doença mental satisfatórias e que estão em conformidade com a literatura científica pesquisada, identificado nas participações a seguir:

“Saúde mental é quando o indivíduo, ele consegue exercer a sua função na sociedade, consegue realizar suas atividades, sejam diárias, sejam atividades instrumentais da vida dele de forma organizada com orientação, quando ele consegue realmente ter um desempenho satisfatório e justamente é nesta hora que na doença mental é quando este indivíduo, ele não consegue se orientar nas atividades dele, ele não consegue ter uma sequência, se organizar e conseguir desempenhar todos os seus papéis na sociedade.” (P2)

“Pra mim a pessoa que tem saúde mental, significa ter a capacidade de gerir seus próprios atos, de fazer simples coisas até coisas complexas, você não precisa da ajuda das pessoas pra fazer as coisas por você mesmo, você consegue ter o discernimento, ter a capacidade de realizar todas as atividades cotidianas. E a doença mental pra mim, é quando você perde essa capacidade, quando você perde o sentido de realizar suas coisas, é quando você fica dependente das pessoas pra fazer as atividades corriqueiras do dia-a-dia”. (P7)

Fundamentando as falas acima, definir com precisão saúde e doença mental não é uma tarefa fácil. As pessoas que conseguem desempenhar seu papel na sociedade e manter um comportamento apropriado e adaptativo são consideradas saudáveis. Por sua vez, as que não conseguem desempenhar seu papel ou assumir responsabilidades e, ainda, apresentam um comportamento inapropriado são consideradas doentes (VIDEBECK, 2012).

Desse modo, a questão de conseguir exercer sua função social e suas atividades mantendo um comportamento apropriado como requisito para ser mentalmente saudável é reforçado na fala da P2 que, complementa ainda dizendo que a doença mental é quando o indivíduo não consegue mais se orientar em suas atividades e fica impossibilitado de desempenhar todos os seus papéis na sociedade.

O estudo de Baptista (2011) detalha que a doença mental é mais difícil de definir, porque abrange um leque alargado de perturbações, que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença. As doenças mentais manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perdas de capacidades.

Neste sentido, através das falas das profissionais podemos perceber que os conhecimentos demonstrados nesta primeira categoria corroboram com o pensamento dos autores referenciados. É importante evidenciar também que nos conceitos que foram dados para saúde e doença mental, a questão biopsicossocial que, além dos fatores biológicos e psicológicos do indivíduo, diz respeito à inclusão e à reabilitação social, objetivos do tratamento, estão bem presentes e podemos perceber na fala a seguir:

“É estar bem biopsicossocialmente. E a nova nomenclatura classifica como sofrimento mental as pessoas que apresentam sinais e sintomas de algum transtorno psíquico e que foge dos padrões normais de comportamento contemporâneo”. (P5)

Conforme observado na fala acima, é importante que o indivíduo tenha a capacidade de ser protagonista do seu cotidiano, que ele possa se destacar na realização de suas atividades cotidianas em seu meio social. O modelo de assistência biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Esta assistência proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social (TRAVIA; KOHLS, 2013).

Nessa perspectiva, a enfermagem, em conjunto com outros profissionais, usuários, familiares e a sociedade, contribui para a identificação e valorização do portador de sofrimento psíquico em sua individualidade, responsabilizando-o por suas atitudes e instruindo-o de maneira correta para que assuma independência, além de exercer a função de informar à sociedade, favorecendo a inclusão social desse indivíduo (MOREIRA et al., 2008).

Em relação à forma como o profissional é inserido na rede de saúde mental, foi estabelecido uma nova categoria:

CATEGORIA II: INSERÇÃO DO PROFISSIONAL NA REDE DE SAÚDE MENTAL

Visto anteriormente as definições de saúde e doença mental, nesta categoria vamos evidenciar como ocorre a inserção dos profissionais na rede de saúde mental através das falas que seguem:

“Eu fiz o concurso público, fiquei esperando aqui no município pra ser chamada, comecei na verdade só sendo contratada e apareceu esta oportunidade, que assim foi sempre uma vontade minha, eu gosto muito de saúde mental [...]”. (P1)

“Neste serviço eu entrei através de processo seletivo daqui de Picuí e fui lotada pra trabalhar no CAPS”. (P2)

“Eu fui colocada lá de livre e espontânea pressão”. (P3)

“Através da indicação do gestor municipal”. (P5)

A escassez de concursos públicos na área de saúde mental faz com que muitos profissionais sejam inseridos nesta área por meio de nomeações, indicações e processos seletivos que oferecem um curto período de contrato, geralmente não ultrapassando mais do que um ano. Neste cenário, surge a insatisfação profissional devido a tais condições de trabalho.

Seguindo esta perspectiva, Guimarães et al (2011) acentuam esta lamentável realidade e afirmam que o processo de implantação do SUS promoveu transformações no tocante à organização dos serviços de saúde e de saúde mental. No entanto, a gestão

do trabalho ainda se constitui um dos grandes nós críticos do sistema. Considerando que ocorreu a precarização do trabalho em saúde, representada pela desregulamentação e flexibilização na forma de contratação dos trabalhadores, inclusive sem o estabelecimento de vínculo empregatício com a administração pública, observa-se total desproteção social e desrespeito aos direitos trabalhistas com salários "achatados" e condições de trabalho insatisfatórias e, em consequência, a não democratização das relações de trabalho.

Além disso, Santos et al (2011) reforçam que através de contratos temporários, por exemplo, para suprir uma necessidade emergencial, há entrada de profissionais que nem sempre apresentam experiência para o trabalho em saúde mental. Isso vai gerando certas dificuldades na sistematização de conhecimentos e de práticas, carecendo acompanhamento sistemático e treinamento específico do trabalhador.

Neste sentido, percebemos também que os casos de indicação pelo gestor municipal, muitas vezes como forma de punição por motivos políticos como identificado na fala da "P3", tende a dificultar mais ainda o andamento do serviço, pois aquele que não tem perfil profissional certamente não apresenta as aptidões para o cuidado, inclusive tem certa dificuldade de manter vínculo com o usuário.

As falas dos profissionais demonstram que a inserção deles na rede de saúde mental foi através de processos seletivos, nomeações e indicações. Embora a "P1" seja concursada, ela começou a atuar no CAPS por meio de contrato temporário e somente depois de certo tempo, quando houve concurso, a mesma foi efetivada. Dessa maneira, percebemos que os profissionais são colocados nos CAPS, na maioria das vezes, sem se identificar pela área de saúde mental, o que pode prejudicar o andamento do serviço.

Para melhor avaliar a percepção dos profissionais a cerca do Projeto Terapêutico Singular, foi identificada a categoria a seguir:

CATEGORIA III: ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

As profissionais entrevistadas conceituaram o Projeto Terapêutico Singular de acordo com o que realmente preconiza sua proposta, que é a abordagem terapêutica individualizada, iremos observar algumas falas abaixo e posteriormente discutir pontos importantes que foram ou não abordados.

“Eu vejo o seguinte, cada pessoa é um ser e acredito que cada um tem uma história, [...] é importante que cada um tenha um projeto terapêutico individual, individualizado que cada um tenha uma abordagem”. (P1)

“Pra mim o projeto terapêutico individual é uma forma de trabalhar o usuário do nosso serviço de uma forma bem ampla, tentando buscar aquilo que ele tem de bom pra dar pra gente, vendo seus gostos, suas individualidades, sua afinidade com o setor, quais os tipos de oficinas também que se interessa”. (P3)

“O projeto terapêutico se dá a partir do momento que nós acolhemos o indivíduo no serviço [...] a gente insere cada indivíduo com sua peculiaridade e o que ele necessita fazer no serviço e daí a gente vai formatar um projeto pra que possa dá um começo nas atividades e eles tenham um desempenho melhor”. (P6)

“O projeto terapêutico é quando você avalia a necessidade do paciente, você vai observar as características em geral que ele apresenta, por exemplo, baixa autoestima, e através daquilo você vai elaborar um plano de atividades que façam com que ele melhore aquela autoestima”. (P7)

Segundo Kantorski et al (2010) o projeto terapêutico singular é um instrumento de gestão que deve contemplar o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares adequados às características da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família.

De acordo com os autores supracitados, o projeto terapêutico singular, a fim de buscar a qualidade na assistência dentro dos CAPS, precisa voltar-se para as necessidades individuais dos usuários, devendo, portanto, ser flexível, sofrendo sistematicamente a avaliação da equipe, visando um atendimento de excelência. O plano terapêutico singular é uma pactuação entre o serviço e o usuário. Deve ir ao encontro das necessidades e potencialidades dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Nesse âmbito, a família é parte fundamental na terapêutica e convocá-la para assumir essa responsabilidade do cuidado com o usuário em conjunto com a equipe exige não apenas um redirecionamento das práticas, mas também um comprometimento e uma responsabilidade para a construção de um cuidado coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistando sua cidadania e seu espaço

na sociedade, por meio de uma responsabilização e de um cuidado coletivo (PINTO et al., 2011).

Analisando as falas das profissionais, observamos que, para definir o PTS, as profissionais falaram muito da questão de ver as necessidades individuais de cada usuário corroborando com o pensamento dos autores citados. No entanto, as profissionais entrevistadas não abordaram a importância da presença da família no desenvolvimento do PTS. Foi observada também, a dificuldade que algumas profissionais tiveram em dar uma resposta clara sobre seu entendimento a respeito do PTS, como identificado na fala da “P1” que não respondeu satisfatoriamente e conseqüentemente não deixou claro seu entendimento sobre o PTS, o que demonstra o desconhecimento e até mesmo o despreparo de alguns profissionais, muitas vezes até mesmo por falta de capacitação para operacionalizar o PTS.

A fim de investigar como estar sendo operacionalizado o PTS nos CAPS, originou-se uma nova categoria:

CATEGORIA IV: OPERACIONALIZAÇÃO DO PTS

Observando as falas abaixo, percebe-se a forma como vem sendo operacionalizado o PTS, bem como sua evolução.

“[...] a gente após ter feito o projeto terapêutico singular dele, ele é inserido nos grupos, nas atividades conforme a necessidade, os dias e tudo, e aí a gente vai vendo como é que ele tá evoluindo nisso, se estar sendo melhor se não tá sendo, e aí a equipe decide em um determinado momento na reunião se ele deve passar pra uma outra fase, outra atividade, realizar algumas coisas a mais com ele pra que ele atinja o objetivo”. (P2)

“Cada um dos profissionais é responsável por avaliar este projeto um dia por semana e, ao mesmo tempo cada um trabalha uma das individualidades do usuário durante a semana, então cada um tem uma avaliação de como o usuário tá participando daquelas oficinas que foram propostas pra ele. Sempre uma vez por semana a equipe é quem se reúne pra ver como é que tá a evolução desse usuário, de acordo com o que cada um de nós evoluiu”. (P3)

“A evolução é feita a cada três meses, [...] e aí a gente coloca lá no projeto, se ele permanece no serviço, que na realidade permanece porque a gente só pode dar alta a algum indivíduo depois de um ano de terapia e sempre coloca lá, nós temos o nível estável, não estável,

melhorado, não melhorado, e aí a gente vai faz a evolução e coloca o que precisa pra que ele esteja focado no serviço”. (P6)

“A gente faz a avaliação a cada três meses, [...] o projeto terapêutico é revisto e aí a gente debate entre a equipe se tá tendo ou não efeito no tratamento do paciente, se estar tendo efeito a gente ou continua ou acrescenta e se não estar tendo aí a gente tenta adaptar e reinserir ele em outro tipo de atividade”. (P7)

De acordo com Pinto et al (2011) o PTS incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional. O projeto terapêutico singular busca atender a demandas de saúde complexas e por isso conta com a equipe multidisciplinar, articulando saberes, práticas e conhecimento dos equipamentos comunitários, possibilitando a inserção do usuário em seu próprio meio.

Em relação ao tempo para evolução do PTS, o Ministério da Saúde (2008) afirma que uma estratégia utilizada por algumas equipes é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS. O tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na Atenção Básica e Centros de Especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão PTS com tempos mais curtos.

No que diz respeito à alta, Martinhago e Oliveira (2012) afirmam que, em um CAPS, o profissional de referência deve avaliar as condições para o usuário receber alta do tratamento. No caso do usuário necessitar novamente da assistência do CAPS, poderá procurar esse profissional.

Corroborando com a ideia acima, Pinto et al (2011) complementam que cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema.

Consoante às falas das profissionais entrevistadas podemos notar que o projeto terapêutico singular é operacionalizado por toda equipe multidisciplinar, e esta através de reuniões periódicas faz a avaliação do PTS e decide se há necessidade de alterar

alguma atividade conforme a evolução de cada usuário. Nesta categoria uma observação relevante diz respeito ao tempo de implementação e evolução do PTS, bem como a necessidade da alta.

Em relação à implementação e evolução do PTS, profissionais do CAPS de Cuité afirmaram que a avaliação é realizada a cada três meses, já as profissionais do CAPS de Picuí afirmaram que realizam a avaliação semanalmente. Conforme as referências citadas, o tempo de acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço, entendendo que os dois CAPS têm características semelhantes e com base no que preconiza o Ministério da Saúde, ou seja, fazendo as avaliações semanal ou quinzenalmente.

No que diz respeito à alta do serviço, apesar de a “P6” ter falado que só pode conceder alta a um usuário após um ano de participação nas atividades, os autores citados acima afirmam que a alta é concedida de acordo com a evolução do tratamento, podendo o usuário retornar ao serviço caso necessite.

O Ministério da Saúde (2004) coloca que a duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolva a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

Observamos como ocorre a operacionalização do PTS nos CAPS e vamos ver a seguir quais critérios estão sendo utilizados para elaborar o PTS, criando-se a seguinte categoria:

CATEGORIA V: CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA ELABORAÇÃO DO PTS

Acerca dos critérios utilizados para elaboração do PTS, as profissionais responderam o seguinte:

“A vontade do usuário em participar, a afinidade dele com a oficina proposta e as opções que o próprio usuário dava quando a gente questionava o que ele gostava de fazer, então de acordo com a resposta do usuário é que a gente inseria em uma oficina, num projeto”. (P3)

“A observação, a triagem, o questionário com individualização e, de acordo com as necessidades de cada usuário”. (P5)

“Os critérios são, nós observamos o indivíduo pelo menos durante quinze dias depois da inserção dele no serviço, porque aí a gente vai saber o que ele necessita, se ele tem uma dificuldade maior na área cognitiva, se ele tem uma dificuldade maior na área motora, aí desses requisitos é que nós podemos elaborar o projeto individual, [...]”. (P6)

“[...] o paciente chega, ele é acolhido, a gente tem uma conversa sobre todo o histórico familiar, tudo que ele passou durante a vida dele, e a gente vai vendo aquela adaptação dele dentro do ambiente, geralmente é um período de duas semanas ou até mais dependendo do tipo de patologia, [...] então a gente vai observando diariamente o que realmente esse paciente tá precisando naquele momento, pra gente tentar conter aquela necessidade”. (P7)

Em relação aos critérios utilizados para a elaboração do PTS, Vasconcelos (2012), explica que o Projeto Terapêutico Singular considera a individualidade e norteia todo o processo do cuidar do usuário, abrangendo aspectos gerais de sua vida, como trabalho, projetos de vida futura, saúde, educação, reconquista de laços familiares, afetividade, reinserção social, responsabilidade, autonomia e cidadania.

Nessa perspectiva, Carvalho et al (2012) afirmam que o PTS é um instrumento que considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário que se encontra inserido num contexto. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário / família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso.

Corroborando com a ideia acima, Boccardo (2011) complementa que a construção de um projeto terapêutico singular deve ser compreendida como estratégia que, em sua proposição e desenvolvimento, envolve o portador de sofrimento psíquico, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e produção de autonomia, protagonismo e inclusão social.

Diante disso, observamos nas falas das profissionais que as necessidades individuais dos usuários foram o critério mais amplamente abordado na elaboração do PTS, e essas necessidades e individualidades eram definidas através de observações e questionamentos. Percebemos que através dos critérios mencionados, o acolhimento

(momento da primeira etapa do PTS, onde é definido o diagnóstico) e vínculo profissional-usuário contribuem também para a descoberta das potencialidades de cada usuário, as quais estariam sendo priorizadas em seu PTS.

A ausência dos familiares na elaboração do PTS foi uma das deficiências encontradas, tornando-se necessário que as profissionais procurem mecanismos para fazer com que a família seja incluída como coparticipe da elaboração do PTS, bem como acompanhante dessa evolução do usuário nas atividades realizadas pelo CAPS direcionadas a sua reinserção e inclusão social.

CATEGORIA VI: TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO PTS

Nesta categoria, as profissionais falam se houve ou não treinamento/capacitação para operacionalizar o PTS.

“Não, treinamento não, agora eu na minha formação passei por várias cadeiras e estagiei num serviço onde a gente consegue ter um preparo, [...], mas foi feito um treinamento específico pra trabalhar aqui não”. (P2)

“Não, infelizmente nós não recebemos nenhuma capacitação, [...] foi pesquisando de outros CAPS, tendo referência de outros CAPS que nós podemos entender o que significava projeto terapêutico e a partir daquele momento nós podemos elaborar o nosso”. (P6)

“Não, não teve nada de capacitação”. (P7)

Barros (2010) identifica a falta de qualificação da equipe como obstáculo para o desenvolvimento de PTS e afirma que o investimento na qualificação da rede assistencial é fundamental, pois os profissionais devem estar em contato e em diálogo com as mudanças propostas pelo processo de Reforma Psiquiátrica, em seus aspectos culturais, políticos e práticos. Novas possibilidades são necessárias para que estas transformações aconteçam e tragam impacto positivo para a vida dos portadores de sofrimento psíquico.

Nesse sentido, a falta de capacitação de algumas categorias profissionais para lidar com os problemas de saúde mental produz grande sofrimento psíquico e compromete a resolutividade da intervenção (GAMA; CAMPOS, 2009).

Ainda nesse contexto, Fernandes et al (2009) afirmam que o fazer cotidiano instrumentaliza o ensino da Enfermagem Psiquiátrica e a Saúde Mental frente às mudanças contemporâneas e, requer, portanto, um novo olhar sobre a loucura, uma reestruturação pedagógica fundamentada nos pilares da educação contemporânea no sentido de formar profissionais com capacidade de aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser, garantindo a capacitação de profissionais com competência para atuar com autonomia e discernimento, a fim de assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

Portanto, percebemos que a falta de capacitação para operacionalizar o PTS em serviços de saúde mental, infelizmente, é uma realidade. Diante do que foi exposto torna-se necessário a realização de treinamento/capacitação ou educação permanente, nos CAPS para o melhor desenvolvimento do PTS.

CATEGORIA VII: IMPORTÂNCIA DO PTS PARA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O PTS como ferramenta utilizada para subsidiar o tratamento dos usuários nos CAPS contribui para a sua reabilitação e reinserção social. Vamos identificar nesta categoria a opinião das profissionais em relação à importância do PTS para a reabilitação psicossocial, observada nas falas a seguir:

“Total importância. Por quê? Porque se eu não vejo este indivíduo junto com a equipe, não organizo o que ele precisa, [...] não vou esta atendendo as necessidades dele, vou tá inserindo ele nos grupos e na verdade eu não vou tá com um olhar diferenciado e não vou poder ajuda-lo da forma correta”. (P2)

“[...] a importância é primordial, o projeto terapêutico faz com que a gente veja melhor o lado do usuário e veja sua evolução, porque não adianta a gente impor, a gente tem que socializar com ele pra ver a resposta. Quando uma coisa é imposta, ele não participa. Quando é uma opção dele em trabalhar, aí a evolução fica bem melhor”. (P3)

“Ele é de suma importância desde que o que a gente esteja colocando naquele projeto individual seja realmente realizado para o indivíduo como um todo, não adianta eu colocar lá que eu vou efetivar laços que estão perdidos laços familiares e eu não fazer aquele trabalho em conjunto com a família né, então eu acho que em cada ponto que eu identifico que aquele indivíduo precisa, necessariamente, eu vou ter

que estar efetivando durante toda a permanência dele no serviço”.
(P6)

“[...] é de suma importância porque é como a gente faz o resgate do paciente, às vezes ele chega aqui cabisbaixo, ele chega deprimido, ele chega com a autoestima baixa e através deste projeto a gente faz com que ele se sinta um ser humano realmente, a gente faz ele se sentir um ser capaz que pode participar das atividades, que pode participar da sociedade, eu acho que é quando ele se sente realmente uma pessoa realizada, capaz”. (P7)

De acordo com Macedo et al (2009) o Projeto Terapêutico Singular é um guia que indica o sentido e a direção que o tratamento irá ter, tendo como pedra angular o processo de reabilitação psicossocial do portador de sofrimento psíquico, que tem como finalidade proporcionar o alcance gradativo da autonomia do usuário do serviço de saúde mental, através de alternativas que propiciem a sua inserção social.

Conforme Pinto et al (2011) o PTS contribui para a reabilitação psicossocial através das tecnologias leves (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia) que são dispositivos fundamentais no cuidado em saúde mental. Desde o início, elas facilitam a permanência e a adesão do usuário e da família ao tratamento. Para isto, os profissionais devem atuar com boa recepção desses sujeitos, do diálogo, da escuta acolhedora, da formação de vínculos afetivos, do estabelecimento de parcerias e da valorização do projeto de vida desses indivíduos. Os profissionais também devem escutar seus sonhos, suas incapacidades, seus medos, numa interação horizontal e democrática entre usuário/profissional/família.

Nesta perspectiva, as profissionais entrevistadas foram unânimes em confirmar que o PTS é de extrema importância para a reabilitação psicossocial do usuário, nos relatos ficou evidenciado a preocupação das profissionais com o comprometimento e corresponsabilização deles e dos usuários com o PTS para que de fato as metas sejam alcançadas, bem como a reabilitação psicossocial, principal objetivo do PTS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento da Reforma Psiquiátrica promoveu profundas mudanças nas formas de cuidar e de encarar a “loucura”. O tratamento dispensado aos portadores de sofrimento psíquico que foi por muito tempo baseado no isolamento social em manicômios e hospitais psiquiátricos passou a ser oferecido nos serviços de base comunitária que oferecem uma atenção humanizada e contribuem para a reabilitação e reinserção social. Nesse sentido, os serviços substitutivos em saúde mental se firmaram como importantes centros de reabilitação psicossocial, onde se prioriza as necessidades e potencialidades de cada usuário. As atividades desenvolvidas e direcionadas a cada usuário são norteadas pelo PTS.

Nos CAPS o PTS é um instrumento que visa orientar a melhor forma de conduzir o usuário à reabilitação e reinserção social, pois é através dele que podemos observar se as necessidades individuais de cada usuário estão sendo atendidas e conseqüentemente ter uma evolução positiva. Os CAPS contam com uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. É esta equipe que planeja e executa cada atividade através do PTS. Para que se tenha um resultado positivo, é importante que o PTS seja desenvolvido com o usuário, família e seu meio social.

A corresponsabilização da família no tratamento é fundamental para a reabilitação, pois além de fortalecer os laços familiares, contribui para que o usuário tenha uma melhor adaptação ao tratamento. Sendo assim, se faz necessário que a equipe multiprofissional encontre mecanismo para fazer com que a família assuma de fato sua corresponsabilização no tratamento do usuário.

Quanto aos objetivos do trabalho, estes foram atingidos através das categorias temáticas que ao serem analisadas nos indicaram que embora o PTS esteja sendo elaborado individualmente nos CAPS, as profissionais necessitam de um treinamento/capacitação que esclareça de maneira eficiente como elaborar e operacionalizar um PTS de forma satisfatória. Torna-se necessário envolver a família do portador de sofrimento psíquico no cuidado fazendo com que ela participe na elaboração e operacionalização do PTS.

No que tange as categorias das profissionais, podemos perceber quanto ao entendimento sobre saúde e doença mental que as profissionais trazem definições

satisfatórias e afirmam a necessidade do bem estar biopsicossocial como parâmetro fundamental para ser mentalmente saudável. Quanto à forma de inserção do profissional na rede de saúde mental, percebemos que a escassez de concursos públicos nesta área é um grave problema, pois os profissionais estão sendo inseridos através de indicações e processos seletivos temporários que nem sempre oferecem uma boa qualidade ao serviço.

Quanto ao entendimento dos profissionais acerca do PTS acreditamos que eles têm um conhecimento satisfatório, pois todos enfatizaram a abordagem terapêutica individualizada. No entanto, as profissionais não mencionaram a relevância da família na realização do PTS. No tocante à operacionalização do PTS analisamos que a equipe multiprofissional participa em todas as fases do PTS. Um dos questionamentos que se faz necessário diz respeito ao tempo de implementação e evolução do PTS que no CAPS de Picuí é semanal e em Cuité, trimestral. Por fim, a alta deve ser concedida de acordo com a evolução do tratamento e não necessariamente depois de um ano de tratamento.

No que diz respeito aos critérios utilizados para elaboração do PTS observamos que as necessidades individuais dos usuários foi o critério mais abordado, no entanto, novamente nenhuma entrevistada abordou a importância da família na elaboração do PTS. Em relação ao treinamento/capacitação para operacionalizar o PTS percebemos que todas as profissionais afirmaram que não houve nenhum tipo de treinamento, evidenciando assim a necessidade de se fazer educação permanente sobre o PTS.

Em relação à importância do PTS para a reabilitação psicossocial, as entrevistadas foram unânimes em confirmar que o PTS é de extrema importância, e se torna necessário que o PTS seja bem elaborado, atendendo as reais necessidades de cada usuário para que seja possível ter um resultado positivo em sua operacionalização, reabilitando e reinserindo estes usuários na comunidade e ao seu meio social.

Diante disso, concluímos enfatizando as possibilidades de desenvolvimento de uma capacitação/educação permanente, favorecendo que os profissionais dos CAPS tornem-se ainda mais capacitados para trabalhar com o PTS. Outro direcionamento advindo deste trabalho monográfico é realizar a publicação desse manuscrito em revista indexada de qualis relevante, para que o meio acadêmico possa ter proveito dos resultados dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ACIOLY, Y. **Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura? I Seminário Nacional Sociologia e Política UFPR**. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT4/EixoIII/reforma-psiquiatrica-YanneAcioly.pdf>> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5°. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamento acerca das novas tecnologias de cuidado**. São Paulo, 2010. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. **Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira**. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.32 supl.2. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003> Acesso em: 14 de janeiro de 2013.
- BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas**. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 11, n. 1, p. 21-27, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000100003&script=sci_arttext> Acesso em: 07 de Janeiro de 2013.
- BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução de João Ferreira de Almeida. 5ª Ed. Rio de Janeiro: King's Cross Publicações, 2006.
- BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S. et al. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental**. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v22n1/12.pdf>> Acesso em: 16 de janeiro de 2013.
- BRANDÃO, K. A. **A reforma psiquiátrica: Um olhar gestáltico**. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia Clínica). Comunidade Gestáltica – Clínica e Escola de Psicoterapia. Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.comunidadegestaltica.com.br/sites/default/files/KATIUCIA%20A.%20BRANDAO.pdf>> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde 2008. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf> Acesso em: 14 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: Apostila de monitoria**. Brasília: Ministério da Saúde 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf> Acesso em: 06 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 396 de 07/07/2005**. Diário Oficial da União, Brasília, 08 jul. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>> Acesso em: 12 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>> Acesso em: 13 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 28 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualCapsFinal.pdf>> Acesso em: 24 de agosto de 2013.

CÁCERES, C. C. **Hospital geral: um novo paradigma em saúde mental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Saúde Mental) Instituto Eficaz de Maringá/PR. **Revista eficaz – Revista científica online**. Maringá/PR, 2010. Disponível em: <http://www.faculdadeeficaz.com.br/revistacientificaefficaz/artigo/saude/2010/ed_01/Camila-C%3%A1ceres-Revista.-okdoc.pdf> Acesso em: 15 de janeiro de 2013.

CAMPOS, I. O. **Programa “De Volta para Casa” em um município do Estado de São Paulo – Suas possibilidades e limites**. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2008.

CARVALHAES, A. G. **O lugar do trabalho solidário na reforma psiquiátrica brasileira**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/TMCB-7WVKRP/universidade_federal_de_minas_gerais.pdf?sequence=1> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

CARVALHO, L. G. P.; MOREIRA, M. D. S.; RÉZIO, L. A. et al. **A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações.** O mundo da saúde. v. 36, n. 3, p. 521-525. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/15.pdf> Acesso em 11 de agosto de 2013.

CASTELLANI, G. **Como anda a Reforma Psiquiátrica?** Jornal do PET-Psicologia, Juiz de Fora, 2009. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/petpsicologia/files/2010/03/Jornal-Pronto.pdf>> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

CASTRO, R. M.; SOUGEY, E. B.; LIMA, M. D. C. et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica.** Neurobiologia, v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./mar. Recife, 2009. Disponível em: <http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%2011_Ribas_Fred_et_al_Rev_OK_.pdf> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, v. 2, n. 4, p. 01-13, Sem II. Blumenau, 2008. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf> Acesso em: 28 de dezembro de 2012.

DAMÁSIO, V. F.; MELO, V. C.; ESTEVES, K. B. **Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.** Rev. Enferm. UFPE online. v. 2 n. 4, p. 425-433. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/329/pdf_404> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

DUARTE, R. A. **[Re] tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental.** Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado de Minas Gerais Divinópolis, 2008. Disponível em: <<http://www.funedi.edu.br/files/mestrado/Dissertacoes/TURMA3/DissertacaoRonaldoAlvesDuarte.pdf>> Acesso em: 11 de janeiro de 2013.

ESLABÃO, A. D.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; et al. **O perfil sócio-demográfico dos trabalhadores dos serviços substitutivos em saúde mental do rio grande do sul.** XII Enpos, 2010. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_00825.pdf> Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. **O perfil dos usuários do capsad-blumenau e as políticas públicas em saúde mental.** Psicologia & Sociedade; v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000300005&script=sci_arttext> Acesso em: 09 de janeiro de 2013.

FERNANDES, J. D.; SADIGURSKY, D.; SILVA, R. M. O. et al. **Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais.** Rev. esc. enferm. USP. v. 43 n.4. São Paulo, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400031> Acesso em: 24 de agosto de 2013.

FILHO, A. J. A.; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. A. **Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica.** *Rev. Rene.* v. 10, n.2, p. 158-165. Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_17.html> Acesso em: 09 de janeiro de 2013.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. **Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007).** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* - v. 1 n. 2, 2009.

GUIMARÃES, A. N. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem.** Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/DissertacaoAndreaGuimaraes.pdf>> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. **(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, v.16, n.4, p. 2145-2154. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000400014&script=sci_arttext> Acesso em: 06 de agosto de 2013.

HEKIS, H. R.; AMARAL, M. S.; QUEIROZ, J. V.; et al. **Estratégia para crescimento através da gestão da qualidade alinhada com a gestão da informação e do conhecimento: Um estudo de caso em uma empresa do ramo da construção civil em Natal/RN.** *INGEPRO – Inovação, Gestão e Produção.* v. 3, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.ingepro.com.br/Publ_2011/Mai/427-pg%2001-11.pdf> Acesso em: 15 de setembro de 2013.

JUNIOR, P. M. C. B. **Um bebê no CAPSi: uma clínica possível. Estudos e pesquisas em psicologia,** UERJ, Ano 9, n. 2, p. 345-355. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a06.pdf>> Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

KANTORSKI, L. P.; BIELEMANN, V. L. M.; CLASEN, B. N.; et al. **A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial – CAPS.** *Cogitare Enferm.* v. 15 n. 4, p. 659-66. Pelotas/RS, 2010.

LUCCHESI, M.; MALIK, A. M. **Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil.** *Rev Saúde Pública.* v. 43 n. 1, p. 161-68. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100021> Acesso em: 15 de janeiro de 2013.

MACEDO, F. M. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. M. **A reforma psiquiátrica e implicações para a família: o papel do enfermeiro no programa saúde da família.** *Rev. Informe-se em promoção da saúde,* v. 5, n. 2. p. 19-23, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/reforma%20psiquiatica7.pdf>> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

MACEDO, J. Q.; ARAÚJO, D. V.; SILVEIRA, M.F.A. **Análise do projeto terapêutico: mecanismo para a reabilitação psicossocial**. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2009. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0047_1138_01.pdf> Acesso em: 15 de agosto de 2013.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. **A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial Ii (caps ii), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de santa catarina**. Saúde debate v. 36 n. 95, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000400010&script=sci_arttext> Acesso em: 10 de agosto de 2013.

MARTINS, G. C. S.; MORAES, A. E. C.; SANTOS, T. C. F.; et al. **O processo de implantação de residências terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. Texto contexto - enferm.** v. 21, n. 1. Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100010&script=sci_arttext> Acesso em: 14 de janeiro de 2013.

MARTINS, L. R. A. **Um estudo sobre a atividade das pessoas com transtornos mentais graves, em oficinas terapêuticas: atividade como construção de saúde**. Dissertação de Mestrado – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2012. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/dissertacoes/2012/d_2012Lia.pdf> Acesso em: 13 de janeiro de 2013.

MELLO, R. M. **A internação psiquiátrica em um hospital geral: o significado para os familiares**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23893/000743265.pdf?sequence=1>> Acesso em: 15 de janeiro de 2013.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. **A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Caxambu/MG, 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

MONTEIRO, J. R.; BELLINI, M.I.B. **Acesso a internação psiquiátrica em hospital geral. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS**. Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/IIImostra/ServicoSocial/62499%20%20JAQUEL%20INE%20DA%20ROSA%20MONTEIRO.pdf>> Acesso em: 15 de janeiro de 2013.

MORAES, C. C. **O projeto terapêutico singular no CAPS**. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública). Departamento de Saúde Materno-infantil – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.santamarcelina.org/aps/Trabalhos/monografia.pdf>> Acesso em: 16 de janeiro de 2013.

MOREIRA, L. H. O.; FELIPE, I. C. V.; GOLDSTEIN, E. A.; et al. **A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. Inclusão Social**, v. 3, n. 1, p. 35-42. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/viewFile/104/114>> Acesso em: 17 de Janeiro de 2013.

OLIVEIRA, A. A. **Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. Revista FACEVV**, n. 4, p. 22-27, Jan./Jun. Vila Velha, 2010. Disponível em: <<http://www.facevv.edu.br/Revista/04/OBSERVA%C3%87%C3%83O%20E%20ENTREVISTA%20EM%20PESQUISA%20QUALITATIVA%20-%20almir%20almeida.pdf>> Acesso em: 06 de janeiro de 2013.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. et al. **Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm**, v. 20 n. 3, p. 493-302. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>> Acesso em: 16 de janeiro de 2013.

PITTA, A. M. F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300002&script=sci_arttext> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

ROCHA, G.; BARCELOS, I.C.R.R. **A relação intersubjetiva no cuidar de enfermagem em saúde mental: competência para o cuidado em saúde mental. R. pesq.: cuid. fundam. Online. (Ed. Supl.): p. 921-925. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1180/pdf_329> Acesso em: 07 de agosto de 2013.**

SANTOS, M.V.D.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; et al. **Análise do trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos usuários. Sau. & Transf. Soc.**, v. 1, n. 2, p. 94-100. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/517/667>> Acesso em: 06 de agosto de 2013.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. **A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 587-594, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300021&script=sci_arttext> Acesso em: 14 de janeiro de 2013.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário. Belo Horizonte**, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-7SPGCY>> Acesso em: 10 de janeiro de 2013.

SIQUEIRA, F.; KARLMAYER-MERTENS, R.; FUMANGA, M. et al. **Como elaborar projeto de pesquisa: linguagem e método. Ed. FGV**, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/sga/monografia/MATERIAL_U_ECO.pdf> Acesso em: 06 de janeiro de 2013.

SOARES, M. **Centros de convivência: Saídas e invenções**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://espacosaudemental.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/01/TEXTO-REFER%C3%AANCIA-Marta-Soares.pdf>> Acesso em: 11 de janeiro de 2013.

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. **Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo**. *Rev. Esc. Enferm. USP*. v. 44 n. 3, p. 796-802. Sobral, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300035> Acesso em: 14 de janeiro de 2013.

TRAVIA, R. H.; KOHLS, M. B. **Folha de lírio: O jornal virtual da saúde mental**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. v. 5, n. 11, p. 88-101. Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2384/2891>> Acesso em: 05 de agosto de 2013.

VASCONCELOS, S. C. **Grupo terapêutico educação em saúde: promoção do autocuidado de usuários de substâncias psicoativas** / Selene Cordeiro Vasconcelos. – Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/selene.pdf>> Acesso em: 11 de agosto de 2013.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. *J Bras. Psiquiatr*. v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100013> Acesso em: 14 de janeiro de 2013.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. Tradução de SALES, D. R.; GARCEZ, R. M. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 535 p.

VILLELA, J. C. **O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem na perspectiva do estudante**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oJulianeVilella.pdf>> Acesso em: 06 de janeiro de 2013.

WETZEL, C.; KANTORSKR, L. P.; SOUZA, J. **Centro de atenção psicossocial: trajetória, organização e funcionamento**. *Rev. Enferm. UERJ*. v. 16, n. 1, p. 39-45. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a06.pdf>> Acesso em: 09 de janeiro de 2013.

WETZEL, C.; KANTORSKR, L. P. **Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica**. *Texto Contexto Enferm*. v. 13, n. 4, p. 593-598. Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400012&script=sci_arttext> Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150. Belo Horizonte, 2008. Disponível em:
<http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20081029093450.pdf> Acesso em: 07 de janeiro de 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista semiestruturada para os trabalhadores da rede de saúde mental

1. Idade _____
2. Escolaridade _____
3. Renda _____
4. Função desempenhada: _____
5. Estado Civil: _____
6. Para o sr.(a) o que significa saúde e doença mental?
7. Como ocorreu sua inserção na Rede de Serviços de Saúde Mental?
08. Quais as atividades que você desempenha neste serviço?
09. Qual o seu entendimento sobre projeto terapêutico individual?
10. Por quem é elaborado o projeto terapêutico singular?
11. Como é realizada a evolução do projeto terapêutico, nesse serviço?
12. Quais os critérios foram utilizados para elaboração do projeto terapêutico nesse serviço?
13. O sr.(a) recebeu algum tipo de treinamento, curso e/ou capacitação para operacionalizar o projeto terapêutico?
14. Para você qual a importância do Projeto terapêutico no tratamento do usuário do CAPS?
15. Tem mais alguma informação a acrescentar?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O (a) Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada: INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM INDIVIDUAL E/OU COLETIVA? a contextualização do projeto terapêutico de saúde mental em Cuité e Picuí – PB**, que tem como **objetivos**: Analisar a contextualização de operacionalização do projeto terapêutico pelos profissionais dos CAPS de Picuí e Cuité – PB, identificar quais os critérios utilizados na elaboração do projeto terapêutico, caracterizar os territórios geopolítico-administrativo, sociocultural e subjetivo dos profissionais de saúde que operacionalizam os projetos terapêuticos individuais e investigar se houve capacitação dos profissionais para implementação do PTS. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método entrevista direcionada aos profissionais de saúde com nível superior.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semiestruturada com perguntas subjetivas.

O (a) Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em saúde mental.

O (a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

ORIENTADORA
Ma. PRISCILLA MARIA DE
CASTRO SILVA
CEL: (83) 96456051
E-mail: priscillamcs@hotmail.com

ORIENTANDO
JADIEL HAMIEL DOS SANTOS
CEL. (83) 96553323
E-mail: jadiel_picui@hotmail.com

Cuité, _____ de _____ de 2013

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa: _____
(assinatura)

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA (CAPS – CUITÉ/PB)



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Cuité
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que aceito o acadêmico de enfermagem JADIEL HAMIEL DOS SANTOS, matrícula: 508220055, a desenvolver a sua pesquisa de monografia intitulada **INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM INDIVIDUAL E/OU COLETIVA? a contextualização do projeto terapêutico de saúde mental em Cuité e Picuí – PB**, que está sob a orientação da Prof. (a) Ma. PRISCILLA MARIA DE CASTRO SILVA, cujo objetivo é analisar a contextualização de operacionalização do projeto terapêutico pelos profissionais dos CAPS de Picuí e Cuité – PB, nesta Instituição de Saúde.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 e suas complementares que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Cuité, em 06 / maio / 2013.


Maria do Socorro de Souza Santos
Coordenadora do CAPS
Psicóloga
CRP. 13059/15

Nome/assinatura e carimbo da Coordenadora

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA (CAPS – PICUI/PB)

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI-PB
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ 08.619.650/0001-21
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
Rua: São Sebastião, 48 – centro – Picuí-PB.
Tel.: (83) 3371- 2266 - E-mail: caps1picuiPB@gmail.com



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que aceito o acadêmico de enfermagem JADIEL HAMIEL DOS SANTOS, matrícula: 508220055, a desenvolver a sua pesquisa de monografia intitulada **INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM INDIVIDUAL E/OU COLETIVA? a contextualização do projeto terapêutico de saúde mental em Cuité e Picuí – PB**, que está sob a orientação da Prof. (a) M^a. **PRISCILLA MARIA DE CASTRO SILVA**, cujo objetivo é analisar a contextualização de operacionalização do projeto terapêutico pelos profissionais dos CAPS de Picuí e Cuité – PB, nesta Instituição de Saúde.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 e suas complementares que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Picuí-PB, em 07 / 03 / 2013.

Geora G. de Medeiros
Assist. Social
CRAS 1350 - CPP 236.668.544/20

Geora G. de Medeiros Oliveira

Nome/assinatura e carimbo da Coordenadora

ANEXO C - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM INDIVIDUAL E/OU COLETIVA? A contextualização do projeto terapêutico de saúde mental em Cuité e Picuí - PB

Pesquisador: Priscilla Maria de Castro Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15164713.7.0000.5575

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 338.754

Data da Relatoria: 17/07/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa está bem elaborado e a problemática bastante objetiva.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão bem delineados e pretendem responder questões importantes para o campo de estudo proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar dos autores citarem ausência de riscos, as questões aplicadas podem causar constrangimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto pode contribuir aumentando o conhecimento sobre como o processo de atenção Psicossocial é empregado localmente, assim como sugerir medidas (de intervenção) para aumentar a eficiência do caráter de atenção individualizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados e bastante objetivos.

Recomendações:

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 338.754

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro que os autores executem o projeto como enviado a este CEP (sem modificações metodológicas).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 22 de Julho de 2013

Assinador por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcp.edu.br