

O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL¹

The singular therapeutic project in clinical psychosocial care

Tania Maris Grigolo²

Carlos Alberto Severo Garcia Jr³

Girlane Mayara Peres⁴

Jeferson Rodrigues⁵

Artigo encaminhado: 27/06/2014
Aceito para publicação: 03/12/2014

RESUMO

Este estudo objetiva refletir e discutir a importância e as características do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um recurso terapêutico no contexto da clínica da atenção psicossocial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva teórica da saúde coletiva. Foram realizados Grupos de Discussão (GDs) com os profissionais de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III em um município do nordeste brasileiro. Analisaram-se as falas de profissionais de saúde a partir da identificação de suas funções nos serviços. Os dados foram organizados a partir de três temas: Concepções Terapêuticas, Ferramentas Terapêuticas e a Terapêutica na clínica da atenção psicossocial. Demonstra-se a necessidade de discussão e construção de práticas de atenção psicossocial que sejam mais coletivas e embasadas em relações de contrato capazes de respeitar a singularidade e subjetividade dos sujeitos.

¹ Este artigo é produto das reflexões de uma pesquisa de doutorado (Grigolo, 2010) no contexto de uma Rede de Atenção Psicossocial

² Doutora em Psicologia Clínica e Cultura. Professora do Curso de Psicologia do Complexo de Ensino Superior de Santa Catarina - CESUSC e professora colaboradora do Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial / Mestrado Profissional (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC). Consultora em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Email: taniamgrigolo@gmail.com

³ Psicólogo com residência multiprofissional em saúde - ênfase em saúde mental. Consultor da Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão do SUS. Email: carlosgarciajunior@hotmail.com

⁴ Psicóloga. Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do - UFSC. Email: mayperes@gmail.com

⁵ Professor do Departamento de Enfermagem e Vice líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas – APIS - UFSC. Email: jeferson.rodrigues@ufsc.br

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular; Saúde Mental; Clínica da Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This study analyzes and discuss the importance and characteristics of Therapeutic Singular Project (TSP) as a therapeutic resource in the context of clinical psychosocial care. This is a qualitative research in theoretical perspective of public health. Discussion Groups (DGs) were conducted with professionals from three Centers for Psychosocial Care (CAPS) type III in a northeastern Brazilian city. We analyzed the speeches of health professionals from the identification of their functions in services. Data were organized from three themes: Conceptions Therapeutic, Therapy and Therapeutic Tools in clinical psychosocial care. Demonstrates the need for discussion and building psychosocial care practices that are more collective and based on solid relationships contract capable of respecting the uniqueness and subjectivity of the subject.

Keywords: Singular Therapeutic Project; Mental Health; Clinical of Psychosocial Care.

1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil pautado na desinstitucionalização e circunscrito no Sistema Único de Saúde (SUS) tem promovido mudanças substanciais no modelo de atenção em saúde mental. Dentre as dimensões transformadoras no campo da atenção psicossocial destaca-se a Lei 10.216/01. Essa confere os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, onde o cuidado é direcionado para o território assim como determina que as internações psiquiátricas devem ser o último recurso da atenção e realizadas de forma criteriosa.

Diferente do modelo manicomial, as práticas psicossociais precisam ser promovidas a partir da vida singular e contextual do sujeito que sofre. Entre as estratégias de cuidado, neste sentido, destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS pode ser compreendido como uma tecnologia para a gestão do cuidado. Um Projeto, pois se trata de uma construção inacabada, aberta a provisoriedade e reconfigurações. Terapêutico, uma vez que experimenta o cuidado como uma construção de sentidos de práticas de saúde. Singular, porque se refere ao sujeito/família na

produção do cuidado de si. Essa tríade (Projeto/Terapêutico/Singular) possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre a pessoa em sofrimento psíquico, seu técnico de referência e demais profissionais de acordo com as suas necessidades e demandas.

Destarte, não é de se estranhar que essa tecnologia tenha íntima relação com os percursos da saúde mental, pois se, no modelo manicomial se realizou tratamentos e técnicas interventivas homogeneizantes, na clínica da atenção psicossocial, o sujeito ganha centralidade no cuidado evidenciando a necessidade de estabelecer outros recursos de escuta de sua história e projeto de vida.

Segundo Cunha (2004) a concepção de PTS está vinculada às experiências no campo da saúde mental, principalmente a partir da influência da Psiquiatria Democrática Italiana no Brasil, bem como a noção de profissional de referência.

O profissional de referência é aquele que pode ou não fazer o primeiro acolhimento do usuário. Ele é responsável por construir e avaliar constantemente o PTS juntamente com o usuário e sua família, quando possível e necessário. Acompanha e media o percurso terapêutico do usuário nos pontos de atenção da rede de saúde e de outros setores, dialoga e pactua sempre com o usuário, em seu contexto, envolvendo equipes de referência e de apoio.

Oliveira (2007) considera que o conceito de PTS surge no Brasil no início da década de 1990, em meio ao movimento instituinte da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. O exercício de singularização dos projetos terapêuticos e da relação equipe-usuário-famíliares – por meio de produção na relação, no diálogo com as exigências, as necessidades, os afetos e os conflitos que emergiam no processo terapêutico – foi um esforço para superar as formas de pensar e de agir, do modelo manicomial, que dificultavam as possibilidades de contrato nas relações com os sujeitos e suas singularidades. Além disso, o PTS visa possibilitar a discussão nas reuniões de equipe com um “novo olhar” sobre os modos de isolamento e distanciamento dos familiares em seus saberes e recursos promovendo discussões frequentes sobre o modo de estabelecer estas relações entre todos os envolvidos.

Nessa mesma esteira, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como referência o posicionamento terapêutico e as estratégias presentes nas experiências nacionais em atenção à saúde mental com o movimento antimanicomial em franco crescimento na década de 1990. A

partir de 2003, a PNH começa a delinear a estruturação de dispositivos para a produção de saúde.

Nesse processo de construção houve algumas experimentações, dentre elas os “Prontuários Transdisciplinares” e o “Projeto Terapêutico”, naquele momento sem o “Singular” (BRASIL, 2004). Houve outras variações semânticas, dentre elas o Projeto Terapêutico Individual (PTI).

A PNH alinhada à perspectiva de pensar saúde em coletivos considerou que a construção de um projeto terapêutico poderia ser feita para grupos e famílias, não somente indivíduos, um exercício que também tenta “frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação” (BRASIL, 2008, p. 40), deslocando o foco dos diagnósticos de hipertensos, bipolares, diabéticos, esquizofrênicos, hiperativos, entre outros tantos, que tendem a igualar os sujeitos e minimizar suas singularidades.

Atualmente, tem-se o dispositivo PTS extrapolando a saúde mental e sendo possível adaptá-lo às diversas realidades como da atenção básica (BRASIL, 2010). Deve-se destacar que o processo do PTS não pode ser alheio ao olhar e participação dos usuários envolvidos. A pessoa, grupo ou comunidade deve estar no centro das observações, planejamentos, ações e avaliações, promovendo, desta forma, a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo e objetivos, tanto os desejados como os atingidos. Para isso, os profissionais da saúde devem desenvolver o acolhimento com escuta qualificada, estabelecendo vínculos e acompanhamento dos usuários envolvidos, pois se trata de um preceito básico para o desenvolvimento de um PTS.

Portanto, de acordo com OLIVEIRA, 2007, p. 91 “o Projeto Terapêutico Singular é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de um Sujeito Singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade”. Sabe-se então que o PTS, além de ser uma produção da relação clínica com o usuário/família, é também parte de uma estratégia de gestão e planejamento, uma proposta de operacionalização do cuidado implicado.

Para Oliveira (2007, p. 64) o conceito de PTS é relacionado a um dispositivo que contribui na discussão do caso clínico, com o intuito de ir além do diagnóstico e do medicamento psiquiátrico. O PTS “é uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito e a relação com a equipe, para definição de propostas de ações”. Portanto, o PTS transcende o estudo de caso clínico tradicional, visto que está no âmbito da clínica ampliada, busca a educação permanente,

a relação com os profissionais, com a pessoa em sofrimento, com o território e as redes de sociabilidade que os envolvem e a corresponsabilização.

Vale destacar que Oliveira (2007) alerta para que a construção de roteiros estruturados de PTS não se transforme em normatizações ou protocolos de operacionalização, que se opõem à perspectiva de singularização e de movimento permanente.

No estudo de Boccardo et al (2011, p. 87) destacou-se que a “cidadania é objetivo final das estratégias de cuidado e que esta finalidade só pode ser alcançada na singularização das necessidades promovidas pelo projeto terapêutico”. As autoras afirmam que diferentes nomenclaturas foram encontradas para PTS, “embora ocorra a prevalência da utilização do termo Projeto Terapêutico Singular”.

Neste artigo, a dimensão conceitual é vista a partir de dois conceitos de Projeto Terapêutico Singular (PTS) que mais se vinculam aos propósitos deste texto. O primeiro conceito de acordo com Onocko & Gama (2008) o Projeto Terapêutico Singular é um dispositivo que tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. Uma nova clínica, nesta direção, considera que outras variáveis como a família, a moradia, as relações sociais, a renda, as relações afetivas, entre outras, na direção do que coloca SARACENO (1994), estas são variáveis fundamentais para a construção de um Projeto Terapêutico Singular que faça sentido na vida do sujeito e para uma intervenção terapêutica articulada, ampliada.

O segundo conceito na concepção de Zerbetto & Pereira (2005, p.113) considera que: O Projeto Terapêutico tem o objetivo de ajudar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, reconquistar direitos e poder, “buscar a autonomia afetiva-material-social e o incremento da incorporação desses na vida de relação social e política”. Esta definição complementa e amplia a primeira, pois traz a dimensão da cidadania como central para esta clínica. Acentua a importância da autonomia, do poder a ser resgatado e exercido pelos sujeitos nas relações que constituem seu modo de ser e estar no mundo.

Os recursos do usuário dizem respeito a sua condição afetiva, cognitiva e relacional e são proporcionais a seu território existencial, a sua relação com os serviços e redes intersetoriais. Estes recursos são próprios do sujeito e muitas vezes são deixados de lado na clínica tradicional, que destaca apenas seu diagnóstico e não as suas capacidades e singularidades. Logo, são recursos que potencializam e complexificam o PTS.

A clínica tradicional tende a investigar apenas sinais que indicam sintomas e que vão confirmar uma hipótese diagnóstica de um transtorno específico, deixando de lado a complexidade do sujeito e de sua complexa disposição psíquica. Enfatizamos que as equipes resgatem, através do dispositivo do PTS, a dimensão subjetiva e terapêutica envolvida em todo processo de cuidado e de sofrimento psíquico principalmente quando dialogarem sobre o conceito de PTS que utilizarão em suas práticas.

Portanto, a dinâmica construtiva e vivencial do conceito de PTS nesse estudo é teórico-prática, sustentado na clínica da atenção psicossocial, pois este conceito apenas se materializa a partir do usuário em seu contexto relacional. Isto é o que possibilita a efetivação de ações terapêuticas na direção da singularidade do ser humano em sofrimento.

2 OBJETIVOS

Este artigo tem como objetivo analisar a importância e as características do Projeto Terapêutico Singular como um recurso terapêutico no contexto da clínica da atenção psicossocial.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este artigo analisa o dispositivo projeto terapêutico singular (PTS) a partir de uma pesquisa de doutorado realizada por um dos autores no contexto de uma Rede de Atenção Psicossocial (Grigolo, 2010).

A pesquisa de campo que utilizou Grupos de Discussão (GDs) com profissionais (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais) das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, de três CAPS III, em um município do nordeste brasileiro.

Segundo Pollok (1955, em Weller, 2006b), os grupos de discussão começaram a ser utilizados pela Escola de Frankfurt a partir dos anos 50 do século XX. A partir dos anos 70 desenvolveu-se fundamentado no interacionismo simbólico, na fenomenologia e na etnometodologia, configurando-se como um método de pesquisa qualitativa e não apenas uma forma de coletar informações.

Os grupos de discussão possibilitaram, não apenas o levantamento das opiniões de diversos sujeitos, mas muitas reflexões em grupo, que são produto das interações

entre as pessoas e visam conhecer as orientações coletivas, as visões de mundo (*Weltanschauung*), presentes em cada profissional e no grupo.

Para Mannheim (1980, em Weller, 2005), a *Weltanschauung* “é o resultado de uma série de vivências ou de experiências ligadas a uma mesma estrutura, que por sua vez constitui-se como base comum das experiências que perpassam a vida de múltiplos indivíduos” (p. 262). Os grupos de discussão refletem assim as orientações ou visões de mundo de cada participante e do coletivo.

A análise dos Grupos de Discussão ocorreu de acordo com os seguintes passos:

- 1- escuta detalhada e repetida de todo o material;
- 2- divisão temática das passagens: divide-se o conteúdo da discussão em temas e subtemas, indicando se um tema foi iniciado pelo grupo ou pelo pesquisador;
- 3- seleção de passagens centrais da discussão do grupo (metáfora de foco);
- 4- seleção das passagens relevantes para a pesquisa;
- 5- transcrição de todo o material gravado com destaque para a passagem inicial, as passagens de foco e as passagens importantes para o tema da pesquisa.
- 6- reconstrução da estrutura temática das passagens analisadas que também foram divididas em temas e subtemas;

Buscou-se, conhecer e interpretar os sentidos das discussões, dentro de seu vocabulário e sua organização de falas. Desta forma, o pesquisador reescreve o que foi dito trazendo para a compreensão mais geral a linguagem própria do grupo. Em um segundo momento, de acordo com Weller (2006) o pesquisador analisa as falas com o conhecimento teórico e empírico que possui; traça comparações, estabelecendo o “quadro de referência” ou o “quadro de orientação” (*frame*) que está norteando a perspectiva dos profissionais, suas idéias, ações e motivações sobre os temas abordados; e, também, faz a análise das interações entre os participantes dos grupos de discussão.

Este foi o referencial metodológico que conduziu a pesquisa e a compreensão das falas nos grupos de discussão e, que neste artigo, trazemos como um recorte para uma análise mais ampla sobre o sentido terapêutico das práticas em saúde/saúde mental, atravessada pela problematização do uso dos Projetos Terapêuticos Singulares no contexto atual.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A Dimensão Terapêutica nos CAPS

4.1.1 Concepções Terapêuticas

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços com grande potencial para a transformação do modelo de atenção em saúde mental, trazem para si o desafio cotidiano de promover mudanças na vida das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, a palavra terapêutica não é mera semântica, ela norteia a prática dos profissionais e se realiza ao produzir sentido e diferenças na vida das pessoas. Essa concepção sobre o terapêutico fica evidente em uma das falas de um profissional do CAPS:

“acho que toda e qualquer ação no CAPS deve ser terapêutica. Então desde o escutar, planejar junto com o usuário, junto com familiares, a participação dele em qualquer atividade. Toda ação deveria ser terapêutica, ela deixa de existir quando a gente não acredita que ela é terapêutica e quando a gente começa a fazer e a gente não produz sentido para essa ação, a gente perde a ação, então ela deixa de ser terapêutica nesse sentido. Mas toda e qualquer ação dentro do CAPS deveria ser terapêutica”. (Profissional de CAPS)

O profissional destaca a importância da palavra terapêutica na medida em que o que se faz no serviço faça sentido para a vida dos usuários e para o próprio profissional, isto ocorre, por exemplo, quando o usuário tem garantida sua participação na construção e avaliação permanente do seu PTS. Dessa forma, o Terapêutico articula as noções do Projeto e do Singular, é uma atitude ética antes de qualquer atribuição epistêmica a palavra. Terapêutica é uma ação planejada que promove sentido para os envolvidos no PTS.

Pode-se vislumbrar isto, por exemplo, quando um usuário não sabe por que está frequentando determinada oficina ou por que está indo ao CAPS três dias na semana, ou quando os profissionais passam a cumprir mecanicamente obrigações, não qualificando o que fazem. Quando não sabem o porquê e o para quê, nem para onde vão com suas intervenções, perdem a direção da clínica que praticam, e se perdem nos seus procedimentos e resultados. Desta forma, a relação clínica se esvazia de sentido e a dimensão terapêutica fica comprometida. Neste contexto, os profissionais das equipes dos CAPS relacionam o terapêutico com o sentido das ações e práticas mais do que às ações em si mesmas.

Enfermeiro, terapeuta ocupacional e psicóloga, que participaram da pesquisa, concordam e afirmam que o terapêutico se perde quando se reproduz automaticamente

uma ação, uma atividade, sem refletir seu sentido para o usuário e para eles mesmos. Além disso, os profissionais trazem para a reflexão os objetivos das ações terapêuticas, pois nem tudo é terapêutico em si mesmo, ou por que faz sentido, qual é esse sentido? Para onde vai? Falamos do sentido teleológico das ações terapêuticas, seus fins, o que produzem? Para onde se dirigem?

O Enfermeiro entrevistado reforça que as ações deixam de ser terapêuticas quando passam a ser feitas burocraticamente, até no acolhimento, se o objetivo é fazer registros, preencher fichas e não prioritariamente escutar e dialogar, essa prática não se torna terapêutica.

Destaca-se também, a afetividade como um recurso essencial nesta clínica, mas que, muitas vezes, tem sido banalizada e não tomada como objeto de reflexão e, assim, não devidamente apropriada pelos profissionais. A afetividade envolvida na relação com o usuário é essencial a todo projeto terapêutico e pode ser um indicador de avaliação da clínica da atenção psicossocial e do sentido das ações realizadas nos CAPS.

Os usuários, por sua vez, sentem quando não há envolvimento na relação com os técnicos, quando não há retorno. Acrescentam que, mesmo tendo um significado para a ação, esta ação pode alienar o outro e precisa ser pensada em seus objetivos, em seus efeitos para o outro. Nesse contexto o CAPS é visto como um campo de forças, um lugar que resiste a uma clínica do "ajustamento", do isolamento, mas que também sofre o risco de reproduzi-la. Exemplificam este aspecto com uma reflexão sobre os preconceitos dos próprios profissionais envolvidos no cuidado, que, algumas vezes, se somam à exclusão que os usuários sofrem na sociedade.

Os profissionais reforçam que o objetivo do CAPS é cuidar para que os usuários consigam viver em sociedade, com a família, cuidar dos filhos, da vida comum lá fora. Isto é, a clínica da atenção psicossocial visa produzir acolhimento, cuidado e ao mesmo tempo autonomia, emancipação e inclusão. Neste ponto surge a discussão sobre as dificuldades, que muitos usuários enfrentam, para se "desligarem" do serviço e ponderam que elas são compreensíveis, pela proteção e segurança que sentem no CAPS e pelas dificuldades sociais que encontram neste processo, mas consideram que os usuários são capazes de entender estes objetivos do serviço.

4.1.2 Ferramentas Terapêuticas

Há diversas ferramentas que podem fazer parte do Projeto Terapêutico Singular. Tais ferramentas devem ser definidas segundo os objetivos terapêuticos, alguns exemplos são: acolhimento, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, assembleias e atividades para fora do serviço, para que o sujeito possa envolver-se com outros espaços relacionados à cidade, isto é, ofertas e propostas que promovam o vínculo com outros territórios existenciais. Pretende-se discorrer sobre algumas dessas ferramentas como instrumento terapêutico.

Um elemento fundamental para iniciar o PTS é o **acolhimento**. A partir dele é possível construir o vínculo entre o usuário e profissional, assim como entre usuário e serviço. A pessoa que realiza o acolhimento pode ser aquela de referência do usuário, assim como, a que faz a mediação da construção do PTS. Nota-se que um dos profissionais traz, nesta fala, a importância do primeiro contato como terapêutico, como um primeiro momento para vincular e pactuar com o usuário sua permanência no serviço:

“praticamente de inicio logo ouvir, saber primeiro ouvir a pessoa pra mim já é terapêutico. Quando a pessoa chega sozinha ou com familiar e você consegue parar pra dar ouvidos, pra que a voz daquela pessoa tenha potencia. Eu acho que já começa a terapêutica por aí. A gente consegue parar e ouvir, ouvir, porque aí você, o que nem todo mundo consegue fazer isso, nem todo mundo consegue ouvir; eu acho que já começa a ser terapêutico e aí você começa a ter uma serie de outras coisas aqui dentro que é a equipe toda pode falar disso aí”. (Enfermeiro)

“acho que toda e qualquer ação no Caps ela deve ser terapêutica. Então desde quando Marcos fala do escutar, a planejar junto com o usuário, junto com familiares, a participação dele em qualquer estado, seja ele na alimentação, se eu quero ir no banheiro ou não. Toda ação deveria ser terapêutica, ela deixa de existir quando a gente não acredita que ela é terapêutica e quando a gente começa a fazer e a gente não produz sentido para essa ação, a gente perde a ação, então ela deixa de ser terapêutica nesse sentido. Mas toda e qualquer ação dentro do CAPS deveria ser terapêutica”. (Terapeuta Ocupacional)

Além do acolhimento, a **medicação** também aparece a partir da fala do grupo como uma prática terapêutica do CAPS. A medicação apresentou-se como um elemento importante que não pode ser tratada apenas por um núcleo profissional. Os profissionais compreendem que o acompanhamento da medicação não é atribuição de uma única

categoria profissional, mas que deve ser de todos para que possa ser bem utilizada e avaliada, quando necessário.

A visão da psiquiatra, presente no grupo de discussão, considera a medicação primordial para dar condições para que outras ações se realizem, essa visão não é contestada pelo grupo, mas acrescentam que a medicação precisa estar no conjunto das práticas, senão não há melhora efetiva. A Assistente Social exemplifica a potência do trabalho coletivo do CAPS com a questão da medicação. Considera que todos os profissionais acabam se apropriando do conhecimento sobre a medicação, que seria a priori do núcleo médico, ao mesmo tempo os médicos se apropriam dos conhecimentos do serviço social ou da terapia ocupacional para suas intervenções e, assim, pode haver o diálogo sobre estes conhecimentos e o que cada um faz.

“Quando há a circulação de saberes a clínica é potente: poder transitar no universo do outro, saber um pouco de tudo”.
(Assistente Social)

O grupo considera que os **medicamentos** não são o único recurso para o cuidado com os usuários. Para alguns profissionais os medicamentos são indispensáveis e para outros são relativos. Consideram que são úteis para alguns usuários e não tão úteis para outros, por exemplo, alguns homens que tinham efeitos colaterais relacionados à capacidade de ter ereção e que isso comprometia sua vida sexual e afetiva. Uma auxiliar de enfermagem considera que é preciso considerar os efeitos colaterais, mas não se pode negar que a medicação é importante.

Mesmo com discordâncias em relação à centralidade da medicação para a prática desta clínica, o grupo concorda que precisam conhecer mais e acompanhar, de perto, o uso dos medicamentos. Aicineira sente falta da presença dos médicos nas reuniões de equipe porque entende que o tratamento não é só baseado na medicação e todos precisam conversar sobre as mudanças feitas na prescrição dos medicamentos, nos efeitos, considera que precisam poder falar, com mais conhecimento, e não apenas repetir “toma o remédio que é bom”.

Neste sentido, os usuários **ainda são pouco escutados sobre as medicações**. Os profissionais também pouco discutem este tema e acabam aceitando o discurso sobre a inevitabilidade da medicação em todos os casos de transtornos graves. Mais uma vez, aparece no cotidiano do cuidado os procedimentos da clínica psiquiátrica tradicional, mantida paralela à clínica da atenção psicossocial, como pontos de contradição.

Outra prática terapêutica que se destaca no CAPS são as oficinas terapêuticas. O grupo de profissionais considera que as oficinas são efetivas e tem alto potencial terapêutico. Essa visão foi apoiada por vários trabalhadores no decorrer da discussão. Neste tema o grupo se auto avaliou e refletiu sobre a falta de ofertas de oficinas, o que estava levando a certa inércia do CAPS, naquele momento. O grupo reforça o potencial terapêutico das oficinas e dão exemplos de usuários que chegam mal, mas preferem a oficina ao atendimento individual, pois encontram suporte no grupo, sentem-se bem e são apoiados também pelos outros usuários.

Os profissionais reconhecem que os usuários valorizam e qualificam as oficinas como espaços terapêuticos e que ficam desolados quando elas não acontecem. Destacam o papel das oficinas no fortalecimento dos usuários para enfrentarem o cotidiano da vida e as dificuldades lá fora.

Para Dimenstein e Cedraz (2005, p.3) o simples fato de haver uma oficina terapêutica, não a define como terapêutica, ou produtora de mudanças na vida dos usuários. Neste sentido, espera-se com as oficinas terapêuticas mudanças no sentir, agir e de ser no mundo. São produções subjetivas produzidas por “fatores conscientes e inconscientes de ordem molar (relações culturais, familiares, econômicas entre outras), e de ordem molecular (mídia, música, espaço urbano, dentre outros)”. Neste grupo pesquisado, uma forte característica é o reforço do potencial transformador das oficinas terapêuticas. Os profissionais relatam que, sempre no início dos encontros, conversam sobre como os usuários se sentem e como passaram aqueles dias. Com isso, observam transformações e mudanças na forma como cada um está enfrentando a vida. As oficinas terapêuticas aparecem como um espaço do cotidiano institucional que estrutura a vida diária dos usuários, lhes dá apoio psicossocial, nas relações interpessoais e possibilitam a reflexão e compreensão do sofrimento vivenciado por cada um, no fazer das oficinas.

As oficinas também organizam e são geradoras de movimento no cotidiano do CAPS. O grupo considera que as oficinas fazem sentido para os usuários, mesmo que eles não saibam qual, pois continuam participando:

“porque é uma coisa que gera movimento é uma coisa que faz sentido pros usuários virem, de alguma forma, não entendem, não sabem por que, mas eles vão vindo, vão aprendendo, vão construindo e isso faz um sentido muito grande na vida deles”. (Enfermeiro)

Os trabalhadores acrescentam que as oficinas, quando acontecem fora do CAPS, são fantásticas, pois extrapolam a dimensão predefinida dos espaços habituais e

permitem o contato com situações e vivências diferentes. Lancetti (2006) defende a ideia de uma “clínica peripatética” onde as conversações e pensamentos ocorrem no movimento da vida, durante um passeio, caminhando, em outros espaços não formalizados. Nisso reside a potência das oficinas também se realizarem “fora” do CAPS, na experiência de um cuidado em movimento, que pode modificar qualitativamente as relações entre os usuários e os profissionais, entre usuários e usuários e entre eles e a comunidade.

O grupo concorda que as **oficinas** são um lugar para possibilitar diversas formas de expressão dos usuários, a fala, a escuta, a pintura, o teatro, o desenho, o encontro, a troca com o outro sobre a vida e sobre as visões de mundo de cada um.

Para falar da dimensão terapêutica e os desafios do cuidado, os profissionais citam o caso de uma usuária que havia chegado mal e ficado no CAPS de forma intensiva durante vários dias, quando melhorou a equipe reduziu seus dias no CAPS, ela ficou muito agressiva, com raiva dos profissionais, não queria falar com ninguém, até que foram conseguindo se aproximar, conversar com ela e entender seus sentimentos. Com a medida tomada, os profissionais pretendiam mostrar a ela que o CAPS não é um lugar onde se fica muito tempo ou a vida toda e que lá fora também há coisas a se fazer, na casa dela, na família, com os filhos, enfim o CAPS é um meio e não um fim em si mesmo. Relatam que esta usuária foi entendendo e podendo refletir sobre o que era a vida dela fora do CAPS e compreendendo os espaços.

Este fragmento de caso enfatiza a importância do profissional de referência e da participação do usuário em seu PTS, pois a ação da equipe, reduzindo a permanência da usuária no serviço, pareceu uma medida arbitrária, sem sentido para ela naquele momento. Isto é muito recorrente no cotidiano da clínica da atenção psicossocial, quando os profissionais discutem entre si, definem intervenções que julgam terapêuticas, mas não levam em conta o desejo do usuário naquele momento e a construção de sentido que se precisa fazer com ele, para que o usuário se aproprie da lógica do serviço e dos profissionais.

A colocação de limites para a frequência nas oficinas terapêuticas e, por consequência, no próprio serviço estava sendo compreendida, por alguns usuários, como agressão, descuido, quebra de confiança e de vínculo e causava reações adversas. Tornou-se uma prerrogativa vinda dos técnicos como uma norma, mas sem sentido para os usuários. Ao mesmo tempo, os profissionais tentavam lidar com as complexas relações entre dependência, tutela e autonomia institucional.

A Psicóloga pondera, ainda, que o fato de um usuário não querer diminuir sua vinda ou até não vir mais ao CAPS, não quer dizer que esteja institucionalizado ou dependente. Considera que é preciso saber que os usuários se sentem parte do CAPS, que têm vínculos e isso é recíproco e precisa ser levado em conta pela equipe. Ressalta-se a importância de isso ser levado em conta na construção e avaliação de um PTS.

Os profissionais citam como uma ferramenta terapêutica **um grupo de cidadania** onde justamente trabalham com

“a vontade de melhorar pra voltar a se apoderar de sua vida e não considerar que frequentar o CAPS é pra sempre, se sentir protegido, até o momento que precisarem da gente, mas vai ter um momento que não vão precisar mais né”. (equipe)

Outra ferramenta que possui como objetivo fortalecer a autonomia do usuário e que pode estar no Projeto Terapêutico Singular são as **Assembleias** e outros espaços que envolvam participação social. A Assembleia do CAPS foi colocada como um instrumento efetivo e com um potencial terapêutico fantástico, pois agrupam os usuários, técnicos, familiares e também comunidade e vizinhos para debater o cotidiano e planos do serviço. É um espaço que produz movimento, participação e exercício de cidadania no cotidiano do serviço e dos usuários. As assembleias do CAPS aparecem como terapêuticas no sentido da promoção da politização, da cidadania e da autonomia, conceitos essenciais ao campo da atenção psicossocial.

O grupo chama a atenção para dimensão política desta clínica. Para eles é preciso debater com os usuários a sua participação no CAPS e na vida, empoderá-los para exercerem seus direitos, chamá-los para a construção do serviço e de suas próprias vidas. Refletem que os usuários foram aliados da sociedade, das famílias, da política e então o trabalho da saúde mental é contra hegemônico, contra a corrente da exclusão e isso torna o trabalho mais difícil, pois extrapola os limites dos CAPS.

Desta forma, os profissionais explicitam a inseparabilidade entre clínica e política, não basta apenas “tratar” é preciso muito mais, tanto na relação terapêutica, como nas ações de emancipação, no envolvimento comunitário e político do usuário. Quando convidados a definirem as práticas que realizam no serviço, os profissionais voltam a ressaltar o caráter terapêutico que todas as ações devem ter:

“Acho que qualquer ação no CAPS ela pode ser terapêutica. Ela pode promover pode mobilizar alguma coisa e aí talvez seja isso o grande barato de não ter essa, a gente

produz um local onde oito horas da manhã na segunda-feira vai ter uma oficina de pintura e a gente sabe que ali uma forma do pessoal se expressar, mais sentar no sofá e conversar com eles é terapêutico, chamar o usuário pra-eu vou comprar um lanche, vamos ali comprar comigo na padaria, é terapêutico, é”.

“Acho que a escuta mesmo, a escuta, independente de ser num grupo estruturado numa oficina que vem acontecendo”.

Para este grupo toda prática pode ser terapêutica em um CAPS, não apenas as atividades mais estruturadas, mas também as **ações de convivência com o usuário no cotidiano do serviço**. A ideia do grupo é que todo o ambiente seja terapêutico desde o início, que a pessoa possa falar, possa ser escutada e se sentir segura. Isso é para o grupo a base da clínica da atenção psicossocial e a partir disso se podem estruturar várias outras práticas terapêuticas como as oficinas e grupos mais direcionados.

4.1.3 A Terapêutica na Clínica da atenção Psicossocial

O que é o terapêutico na atenção psicossocial vai aparecendo nas dimensões da clínica praticada e naquilo que os trabalhadores consideram efetivo no cuidado dos CAPS. As falas das equipes trouxeram sempre uma relação da efetividade das práticas com o momento vivido pela equipe, pois apesar de considerarem válidas as práticas terapêuticas que realizam, se ressentem de que há algumas ações sendo feitas sem sentido, por obrigação. Constatavam a falta de reflexão no grupo sobre suas ações contribuindo para a mecanização na execução de tarefas. Os problemas pessoais e de relacionamento entre os profissionais, muitas vezes, interferem na efetividade das ações, o clima organizacional interfere na criatividade das equipes.

O **acompanhamento das crises** dos usuários no CAPS é qualificado como uma ação terapêutica muito efetiva. As crises na clínica tradicional eram vistas como momentos onde não se podia produzir nada e se devia apenas contê-las, mas a experiência da clínica da atenção psicossocial tem demonstrado, e este grupo de profissionais considera, que é possível agir de forma terapêutica durante as crises, de diversas formas:

“tem uma potência, tem vida ali, tem atividade na crise e quando você trabalha junto com o usuário na crise ele, quando sai da crise, te responde, ele lembra o que foi trabalhado e ele também se transforma, ele também se fortalece né, até a outra crise dele vai ser diferente”.

O **acompanhamento** que se faz na **casa** dos usuários também é elencado como uma prática importante da clínica dos CAPS. O Enfermeiro pondera que este acompanhamento é efetivo

“mesmo que seja exaustivo e às vezes crie confusão, tá indo as casas, mesmo que seja pra levar medicação às vezes, como as meninas (auxiliares de enfermagem) fazem diariamente”. (Enfermeiro)

Estas ações domiciliares são terapêuticas para o grupo, pois possibilitam entrar em contato com os familiares e quebrar resistências para o cuidado. Citam também o exemplo de um usuário que, com o acompanhamento em casa, conseguiu ficar morando sozinho, após ter ficado por dois anos internado. Algumas vezes, os profissionais passam a ver as visitas domiciliares apenas como uma obrigação e não como ações efetivas. Este tema foi muito discutido pelos profissionais e era pauta de reuniões de equipe quando falavam sobre as “evoluções nos prontuários” e a questão dos auxiliares irem às casas para fazer medicação, principalmente nos casos mais graves. Com isso eram estes profissionais que precisavam fazer a vinculação e negociação com a família. A discussão no grupo levou a uma avaliação dos profissionais de que é muito complicado quando os atendimentos domiciliares viram uma obrigação apenas de um núcleo profissional, dos auxiliares de enfermagem, por exemplo, que por estarem habilitados a administrar a medicação assumem sozinhos esta função.

Esse aspecto reflete, mais uma vez, como a divisão técnica e social do trabalho em saúde promove e mantém as separações entre profissionais de nível médio e de nível superior e como isso interfere na fragmentação e desqualificação da clínica, que se produz no cotidiano do serviço.

Estas convenções herdadas socialmente do modo capitalista e do modelo hospitalar e manicomial limitam a clínica da atenção psicossocial e as ações terapêuticas. Isto aparece como um obstáculo a ser superado e é questionado por toda a equipe. A presença dos auxiliares de enfermagem na discussão foi essencial para que esses conflitos aparecessem e pudessem ser confrontados no próprio grupo.

Reaparece no grupo a questão sobre o duplo sentido que as ações terapêuticas podem adquirir no processo de trabalho. Consideram que mesmo fazendo sentido para o profissional, as terapêuticas podem alienar e ajustar o usuário em um sistema que visa adestrar, normalizar e fragilizar seu poder singular:

“em alguns casos queremos que o usuário seja o que achamos mais adequado ou normal”. (Equipe)

Questionam o conceito de reabilitação psicossocial, pois ele indicaria a volta ao habilitado, ao ajustamento do corpo:

“Eu gosto da minha argumentação anterior, da clinica né. Da clinica essa terapêutica ela pode tá a favor do ajustamento né ou tornar esse corpo normalizado, da recuperação, da reabilitação, não gosto da palavra reabilitação que parece essa coisa né, de transformar o corpo, eu pego o corpo do outro faço uma prescrição, pode ser até através da escuta pra tornar esse corpo igual, no sentido de normal ajustável dócil ou qual é o sentido dessa ação, sabe. Aí eu falo o CAPS é um campo de força às vezes a gente vai tá com ações de resistências a essa forma de terapêutica e às vezes a gente vai tá capturado por ela né”. (Psicóloga)

Os profissionais também resgatam o **objetivo desta clínica que é a busca pela autonomia**. Consideram que o CAPS é um lugar para que os usuários possam estar sem a necessidade de um objetivo útil, citam o exemplo de uma pessoa que disse “ah eu vim pra cá porque aqui me sinto seguro pra sentir as coisas”.

Este é um debate que aparece em vários momentos da discussão do grupo, entre os profissionais com concepções diversas, que podemos analisar como uma busca de direção para a clínica nos CAPS: é a inserção social? A autonomia? O aprendizado de uma atividade? O resgate de capacidades? A cidadania? A simples expressão “de suas coisas”? A elaboração de pensamentos e sentimentos? Para nós, estas questões são centrais nesta análise, pois tratam do que é considerado terapêutico, das dimensões que a clínica da atenção psicossocial toma em consideração e como se refletem nos projetos terapêuticos singulares.

4.1.4 A equipe profissional e as práticas terapêuticas

Para os profissionais, a dimensão terapêutica passa necessariamente pela subjetividade de cada um, pelo sentimento de bem estar e pela ação voluntária do usuário, que envolve cada atividade. Consideram que deixa de ser terapêutico o que se faz automaticamente, por obrigação ou de forma alienada. Trazem para a discussão a necessidade de inovação nas práticas cotidianas, pois corre o risco de elas se tornarem repetitivas e sem sentido, tanto para os usuários como para os profissionais. Consideram

que a autoestima dos usuários e trabalhadores é um elemento importante de ser trabalhado em todas as práticas terapêuticas.

Os grupos, as oficinas, o bazar, são práticas definidas como terapêuticas pelo grupo de discussão. O bazar é colocado pelos profissionais na dimensão produtiva e terapêutica, pois é qualificadora. No bazar os usuários produzem e vendem para outras pessoas, para os familiares, que também compram os trabalhos. Os próprios usuários compram seus trabalhos, “se sentem úteis” e se reconhecem no que fazem.

As festas, passeios, as intervenções dos técnicos, o torneio de futebol que inclui os homens, que antes não participavam de outras oficinas, melhoraram a saúde integral dos usuários, estão mais ativos, menos acomodados. Estas são outras ações terapêuticas destacadas pelos profissionais.

Pode-se perceber que as práticas são terapêuticas quando há reflexão e uma mudança na forma de pensar e agir. Como exemplo, os usuários que jogam futebol passaram a participar também da oficina de dança, o grupo passa a questionar o que são consideradas atividades femininas e atividades masculinas. Os torneios de futebol, por exemplo, incluíram os homens nas atividades grupais e abriram espaço para a participação nas oficinas de dança, que mesmo podendo ser vista por alguns como uma atividade feminina, os homens estão frequentando e se beneficiando.

O grupo valida as posições quanto aos efeitos terapêuticos das oficinas e grupos realizados no CAPS, que trazem evidências de benefícios para os usuários que efetivamente participam dessas atividades. A melhora na coordenação motora, no alongamento, na dicção e na linguagem, através do canto e da dança é percebida e estes recursos são avaliados como terapêuticos pelo grupo.

As questões de gênero e suas relações com a clínica da atenção psicossocial ainda são pouco problematizadas no campo da saúde mental, mas aparecem como variáveis importantes que influenciam a vinculação e a efetividade das práticas terapêuticas nos serviços bem como as relações entre profissionais e usuários.

O grupo ressalta que consideram terapêutico o conjunto das práticas realizadas, sendo que nessas atividades aparece a dimensão singular de cada usuário. A constatação é que para se chegar à eficácia das práticas terapêuticas é preciso considerar, tanto o conjunto destes recursos, como a singularidade da experiência de cada usuário.

Consideram como terapêutica a vivência da grupalidade no cotidiano do CAPS, o exercício das relações sociais e da convivência. Outros profissionais apontam que o

terapêutico está mais no conteúdo das conversas, dos temas, tratados nos grupos, do que na atividade em si mesma.

Os profissionais percebem como gratificante acompanhar o usuário em sua trajetória terapêutica, em seus altos e baixos e nas suas conquistas. A reflexão do grupo passa pelo caráter de experimentação, inovação, criatividade e intuição como elementos importantes na construção das práticas terapêuticas em um CAPS ou na rede de atenção psicossocial.

A clínica da atenção psicossocial desafia as equipes a cada dia, a cada intervenção. É uma clínica que se faz no cotidiano, junto com os usuários, construindo coletivamente as intervenções e os projetos terapêuticos. Este grupo de discussão destaca que para fazer isso é preciso estar disponível.

Concordam que esta é a palavra que sintetiza o terapêutico para eles: a disponibilidade. Estar disponível para o usuário desde a recepção, a avaliação e definição de sua participação nas práticas terapêuticas e também para as conversas no cotidiano. Fazem uma ressalva que essa disponibilidade não é absoluta, em alguns momentos não estar disponível para um usuário, pode também ser terapêutico e isso precisa ser discutido e compreendido. Ressaltam que a disponibilidade também é necessária na relação entre eles, para possibilitar a construção conjunta das “micro-terapêuticas” no cotidiano do cuidado.

A afetividade aparece também como um indicador dos efeitos do trabalho no CAPS. Se a afetividade está baixa entre usuários e profissionais, isso interfere no cotidiano da clínica. O grupo entende que, se os usuários não demonstram nenhum afeto pelo profissional, são indiferentes, alguma coisa está errada em sua atuação. Sentem como prazerosas e qualificadoras as demonstrações de afeto, que recebem, por parte dos usuários.

As relações entre usuários e profissionais envolvem os afetos, o envolvimento, o vínculo e apego, de ambas as partes, embora os profissionais falem pouco sobre o tema, essa dimensão é fundamental na clínica da atenção psicossocial e demonstra sua humanidade e complexidade. Como nesta fala de um profissional:

“a gente meio que se isenta disso, mas a gente se apega a eles e desapegar também é doloroso né. Aquela figurinha que sempre foi cativante, que mobilizava as coisas é ela. Dizer tchau pra ela, você tá bem, fico feliz, mais vai me doer, às vezes é importante dizer que a gente também sente.”

Nesse sentido, a clínica não pode ser vista separada do processo de trabalho dos profissionais, da forma como o trabalho está organizado e da subjetividade de seus agentes. As práticas terapêuticas serão mais efetivas na medida em que os profissionais trabalhem juntos e compartilhem seus saberes e intervenções. Quanto mais acirrarem as divisões entre categorias e níveis profissionais e o fechamento em núcleos, mais empobrecidas serão suas práticas. Os profissionais analisados consideram que o trabalho efetivamente em equipe é o que torna potente, terapêutico e singular o cuidado no CAPS.

Constatamos que ainda persistem as hierarquias, a preservação de poder em núcleos profissionais, o poder da medicação acima de outras ações terapêuticas, a fragmentação das práticas, mas, sem dúvida, podemos constatar que estas questões estão presentes na reflexão do grupo, seja em acordos coletivos seja em supervisão clínico-institucional e há iniciativas para sua superação, o debate se dá em torno da tensão entre o esperado e o realizado, do que fazem e o que pensam em fazer, no cotidiano da clínica da atenção psicossocial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões sobre a importância e as características do Projeto Terapêutico Singular, como recurso terapêutico no contexto da clínica da atenção psicossocial indicaram elementos que contribuem para a práxis profissional.

Destacamos que trabalhar com o Projeto Terapêutico Singular, como um dispositivo em saúde, é pôr-se na posição de assumir riscos, permitir o encontro entre diferenças, manter a conversa em andamento, com definições, soluções e aprofundamentos, para sustentar sentidos, que se encontram na experiência, na vivência do cuidado.

Entender que o processo terapêutico é movimento, assim como o projeto é sempre aberto, inacabado, como é o lançar-se no mundo, na vida. Evidentemente, não se trata de um caminho rumo ao nada, uma utopia, pelo contrario, é a criação de um espaço de abertura, de indeterminação, um pleno de possíveis, como afirma Pelbart (2009).

Assim, reafirmamos que o Singular ajuda a pensar o Projeto e o Projeto ajuda a pensar o Singular, num encontro Terapêutico, com uma determinação - tudo aquilo que for do humano não é indiferente. Nesse permanente exercício, temos a possibilidade de encontros sobre uma rubrica, uma combinação semântica polissêmica, definida e

pactuada por uma junção de letras (PTS) e palavras (Projeto Terapêutico Singular). Mas, se essa junção não fizer sentido e não for sentida nada lhe serve, por isso, trata-se de uma posição ético-política.

O PTS na atenção em saúde mental pode ser um dispositivo potente, uma vez que possibilita a ampliação da gestão do cuidado, num exercício corresponsável e compartilhado. Um processo produtivo na injunção de trabalhadores, de diferentes formações e núcleos e usuários com o compromisso em subverter lógicas pré-estabelecidas, permitindo a dimensão inventiva e criativa dos caminhos e produções para o cuidado.

Convém ressaltar que esta estratégia de cuidado já é utilizada em diferentes contextos e pontos de atenção das redes e pode ser ampliada na Atenção Básica, com as Equipes de Saúde da Família (ESF), com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos CAPS e com os Hospitais Gerais. Evidentemente, são as necessidades de saúde que devem ser colocadas em análise, pois as situações não se apresentam da mesma forma.

O destaque está na compreensão da produção de vida do sujeito, pois o PTS se coloca como uma ferramenta-conceito, um dispositivo, capaz de por em análise as articulações interprofissionais, as redes de produção de saúde no serviço e com outros equipamentos intersetoriais, amplificando a comunicação entre sujeitos e pontos de atenção. Sobretudo, não podemos deixar de ressaltar a importância do sentido das ações que colocamos em análise, trabalhando com uma estratégia da clínica e da gestão do cuidado, como dimensões indissociáveis. Nesta direção, os CAPS através da construção de PTS podem interferir positivamente nas trajetórias de vida dos usuários, se tornando além de barreiras para as internações também fonte de mediação e suporte para sua emancipação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *O HumanizaSUS na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

CUNHA, G. T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

DIMENSTEIN, Magda; CEDRAZ, Ariadne. Oficinas Terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista mal-estar e subjetividade*. Fortaleza. V.5, N.2. p. 300-327. Set.2005. Acesso em 01 nov 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27117013006>

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, G. N. *O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*. São Paulo: Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2007. p. 202.

ONOCKO, R. & GAMA, C. *Saúde Mental na Atenção Básica*. In: CAMPOS, G.W.S e Guerrero, A. V.P. Manual de Práticas de Atenção Básica, HUCITEC, São Paulo, 2008.

PELBART, Peter Pál. *Vida Capital*. São Paulo: Iluminuras, 2009

ZERBETTO, S. R., Pereira, M. A. O. (2005, janeiro-fevereiro). *O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental*. *Rev.Latino-am Enfermagem* 13(1), 112-7.