

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Mental Health policy and singular therapeutic project

Andréa Luciana Poerner Deschamps¹

Jeferson Rodrigues²

Artigo encaminhado: 25/07/2014
Aceito para publicação: 08/12/2015

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de refletir a Política de Saúde Mental no Brasil e a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia de organização do cuidado na atenção psicossocial. As discussões se baseiam em revisões de artigos científicos e documentos oficiais sobre este tema. A análise do material mostrou que o PTS é um dispositivo que possibilita compreender os sujeitos de maneira integral, permitindo a transformação do modelo assistencial baseado apenas no paradigma biomédico. Destaca-se que a integração entre a Política de Saúde Mental e o PTS é relativa à implicação dos profissionais e usuários dos serviços para construir projetos de vida de forma dialógica e afetiva tendo como meta a produção do cuidado. Essa troca deve priorizar uma escuta que identifique as necessidades e demandas dos sujeitos, promovendo mudança nas práticas de saúde e na participação e formulação das políticas de saúde mental.

Palavras-chave: Saúde; Saúde Mental; CAPS; Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT

This article aims to reflect the Mental Health Policy in Brazil and the importance of Singular Therapeutic Project (STP) as a care strategy for mental health care organization. The discussions are based on review of scientific articles and official documents about this topic. Analysis of the material showed that the STP is a device that enables to understand the subject integrally, allowing the transformation of the health care model based only on the biomedical paradigm. It is noteworthy that the integration between the Mental Health Policy and STP is on the involvement of professionals and service users to build life projects on a dialogic and affective form, having care production as a goal. This exchange should prioritize a listening that identifies the needs and demands of the students, promoting change on health practices and participation in policy formulation and mental health.

Keywords: Health; Mental Health; Singular Therapeutic Project.

¹ Assistente Social da Prefeitura Municipal de Blumenau, atuando no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Especialista em Atenção Psicossocial em Saúde Mental. Universidade Regional de Blumenau (FURB) E-mail: andrea.deschamps@terra.com.br

² Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Orientador do estudo. Vice-líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas – APIS/UFSC. E-mail: jeferson.rodrigues@ufsc.br

1 INTRODUÇÃO

No Brasil o período da ditadura militar foi marcado pela repressão aos movimentos sociais e as lutas pela democratização. No final da década de 1970, através do movimento da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, propõe-se alterar o modelo de saúde vigente, sendo um marco para a história da Saúde no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986.

No Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p.04) “Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” [...] e, segundo a Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196:

Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 133).

O texto constitucional de 1988, após ser aprovado com algumas modificações, consagra a concepção de saúde não mais de seguro social, mas de seguridade social, incluídas também a Previdência Social e a Assistência Social. Isso significa a ampliação do acesso aos direitos sociais, sendo a proteção social, antes restrita aos contribuintes do sistema previdenciário, estendida aos trabalhadores da economia informal e desempregados. A Constituição Federal cria o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este regulado pelas Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080 e 8.142, ambas no ano de 1990 (BRASIL, 1990).

A Lei 8.080/90 define o modelo operacional, a forma de organização e funcionamento do sistema de saúde brasileiro. O SUS é concebido como um “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Art. 4º), sendo que a iniciativa privada poderá participar em caráter complementar. Esta Lei, em seu Art. 7º, afirma seus princípios,

sendo os doutrinários: a universalidade, equidade e a integralidade da atenção em saúde e os princípios organizativos: a regionalização, hierarquização e a descentralização política administrativa, com direção única em cada esfera do governo. Também estabelece que os recursos destinados ao SUS sejam provenientes do orçamento da Seguridade Social (BRASIL, 1990a).

A participação social está prevista na Lei nº. 8.142 de 1990. Essa legislação dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Oficializa a formação dos Conselhos de Saúde em todas as esferas do governo, adotando como estratégia organizativa a descentralização e convoca a cada quatro anos as conferências de saúde (BRASIL, 1990b).

A implantação do SUS, enquanto política social, funcionando enquanto estrutura organizada, ainda apresenta desafios conjunturais marcados pela desigualdade social do país. Dentre esses desafios encontra-se a necessidade de mudança do modelo médico-assistencialista, a desprecarização das relações e dos processos de trabalho, entre outros fatores. A radicalidade consiste na ruptura com a lógica da atenção tradicional e de produção, visando à equidade na alocação de recursos públicos, igualdade de acesso, integralidade na atenção, ênfase em todos os níveis de atenção e na participação dos sujeitos nos processos de gestão.

No contexto da saúde mental várias mudanças aconteceram impulsionadas pelo movimento de reforma psiquiátrica, que pretendem transformar o modelo assistencial em saúde mental e reconstruir o estatuto social da loucura, concebendo um novo olhar para o usuário dos serviços de saúde mental. Destaca-se, com isso, o resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental e, por conseguinte, a reconstrução de novos modelos teórico-práticos pautados no processo de desinstitucionalização e no paradigma da atenção psicossocial.

A criação de diversos serviços de atenção psicossocial provocou mudanças na Política de Saúde Mental no Brasil, sendo o modelo proposto baseado em uma rede diversificada de serviços na comunidade, atuando de forma integrada, descentralizada e intersetorial.

No entanto, para pensarmos na atenção integral e transformação do modelo de atenção centrado na doença, com seu caráter estritamente biomédico, reducionista e com o objetivo de cura, torna-se importante a construção de estratégias de ampliação da clínica.

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo refletir a Política de Saúde Mental no Brasil e a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia de organização do cuidado na atenção psicossocial.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

No campo da saúde mental, a assistência psiquiátrica brasileira, na década de 70, era baseada em macroestruturas asilares e a maioria dos leitos pertencia aos hospitais privados e conveniados com a rede previdenciária.

Buscando uma ruptura com o modelo tradicional e em decorrência do aumento do número de hospícios com condições precárias de trabalho, ocorre a primeira expressão formal do movimento social pelos direitos das pessoas com transtorno mental no país. Essa foi formada por trabalhadores, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais, pessoas com histórico de internações psiquiátricas e foi denominada de Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Segundo Amarante e Oliveira (2004, p.10), “o MTSM emergiu em 1978, a partir das denúncias de psiquiatras que tornavam públicas as condições de violência a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde” e após a demissão de três médicos e paralisação de outros profissionais, teve início a primeira greve do setor público no período da ditadura.

Com o apoio de outros profissionais, do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), são organizados núcleos de saúde mental em alguns Estados, especialmente em São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro intensificando o debate sobre a assistência psiquiátrica. Esses grupos ampliam-se no Brasil, favorecendo a formação do MTSM que tem como principais denúncias e reivindicações as relacionadas a violação de direitos humanos nos manicômios, a cronificação, a exclusão e discriminação das pessoas internadas, a hegemonia de uma rede privada de assistência e a ineficácia do hospital psiquiátrico, a mercantilização da saúde, a questão salarial e melhores

condições de trabalho, expansão de serviços ambulatoriais e formação de recursos humanos.³

Neste mesmo ano ocorre a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú – SC, surgindo uma oportunidade para a organização nacional dos diversos movimentos que surgiram no País. Desta forma, um encontro organizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), considerada conservadora para os setores progressistas, teve a participação dos movimentos de saúde mental. Outro evento importante foi o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos Instituições que possibilitou a vinda de críticos da psiquiatria, especialmente Basaglia, propiciando, assim, uma influência do processo de reforma psiquiátrica italiana no modelo brasileiro (AMARANTE & OLIVEIRA, 2004, p. 11-12).

Em 1987 acontece o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP) que adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, onde, segundo Amarante e Oliveira (2004, p. 14) o “MTSM foi objeto de transformação, deixou de ser um movimento predominantemente de técnicos para assumir, verdadeiramente, uma identidade de movimento social, amplo e apartidário” fundando-se o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Neste mesmo ano acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro.

Como proposta substitutiva ao modelo manicomial e a implementação da estratégia de desinstitucionalização, acontece em março de 1987, a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira na cidade de São Paulo. Nesta época outros serviços de saúde mental surgiram e foram contribuindo com o movimento social. Em 1989, partindo da experiência de Santos e com a criação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), que foram inspirados na experiência de Trieste, Itália, foi proposto a organização de um modelo assistencial, substitutivo, baseado na concepção de território, cuidado, acolhimento e inclusão.

A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único

³Pretende-se aqui apontar apenas o surgimento do MTSM e sugere-se para um maior aprofundamento histórico a leitura de Amarante (1995); Amarante & Oliveira (2004) e Vasconcelos (2008, p. 27-55).

recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004, p.12).

Essas iniciativas em São Paulo foram referência na implantação de serviços substitutivos em todo o Brasil e subsidiaram o Ministério da Saúde na elaboração da primeira portaria a estabelecer critérios para os CAPS. As portarias GM 189/91⁴ e GM 224/92⁵ constituíram-se a principal estratégia da reforma psiquiátrica, através da incorporação de ações de saúde não hospitalar ao custeio da rede de cuidados e da regulamentação do funcionamento dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). No ano de 1992 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental com proposições para ampliação das legislações que sustentam os serviços de saúde mental.

A promulgação da Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país foi aprovada em 06/04/2001, tendo como base o Projeto de Lei n. 3.657 de 1989, apresentado em nível nacional pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG) e que contemplava os ideais da luta antimanicomial. No mesmo ano houve a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando-se, assim, a reforma psiquiátrica como Política de Estado Brasileiro. A partir daí surgiram novas formas de financiamento para esta área, bem como mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada e responsável dos leitos psiquiátricos.

Os serviços substitutivos são regulamentados por portarias, consolidando a rede de atenção psicossocial. Sua meta é acolher e atender pessoas com transtornos mentais, apresentando-se como dispositivo privilegiado da política pública de saúde. Conforme instrutivo divulgado pela coordenação de saúde mental, do Ministério da Saúde, em 2002, pela ocasião da publicação da portaria GM 336/02⁶, o CAPS é considerado:

Um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com

⁴ Portaria 189 de 19 de novembro de 1991, que aprova os grupos de procedimentos da tabela SIH-SIA-SUS, na área de saúde mental (tratamento em psiquiatria em hospitais psiquiátricos e hospital geral) e inclui novos procedimentos como atendimento em NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal, entre outros.

⁵ Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992 que estabelece diretrizes e normas para os serviços de saúde mental ambulatoriais (unidade básica, centro de saúde e ambulatório, NAPS/CAPS), assim como, para os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria (hospital dia, serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral, hospital especializado em psiquiatria).

⁶ Portaria GM nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002 trata das modalidades de CAPS, abrangência populacional, recursos humanos, atribuições dos serviços e assistência prestada.

transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Deve garantir relações entre trabalhadores e usuários centradas no acolhimento, vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possíveis (BRASIL; 2002).

Propõem-se, todavia, novas estratégias de cuidado, de responsabilização, com serviços de base territorial e de atenção integral. A referida portaria também apresenta as diferentes modalidades de CAPS, sendo CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Outras conquistas e portarias também foram alcançadas como: serviços residenciais terapêuticos, processo de regulamentação da internação psiquiátrica involuntária, Programa de Volta para Casa, Construção da Política de Álcool e Drogas e de Saúde Mental para a infância e adolescência, Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos, através da supervisão clínico-institucional, Consultório de Rua, entre outros. Atualmente temos um avanço significativo da rede de serviços substitutivos, com reestruturação da assistência psiquiátrica - redução de leitos psiquiátricos e mudança no perfil dos hospitais, através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH) e ampliação dos gastos com ações extra-hospitalares⁷ (BRASIL, 2012).

Em 23 de dezembro de 2011, a Portaria GM nº 3088, “Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”, ampliando e promovendo o acesso da população, de forma a garantir a articulação e integração dos componentes e pontos de atenção

⁷Conforme Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental – Saúde Mental em dados – 10 (2012) a rede de saúde mental em 2011 conta com: 1742 CAPS; 625 módulos do serviço residencial terapêutico com 3470 moradores; 3961 beneficiários do Programa de Volta para Casa; 92 Consultórios de Rua; 640 iniciativas de inclusão social pelo trabalho de pessoas com transtornos mentais e entre os anos de 2005 e 2011, foi possível apoiar 851 projetos de supervisão clínico-institucional através do Programa de Qualificação da Rede de Serviços.

das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Assim, consideramos que a Reforma Psiquiátrica contribuiu para a Política de Saúde Mental no Brasil, com propostas que marcam uma nova etapa na luta pela cidadania, garantindo os direitos dos portadores de transtornos mentais, em um modelo de atenção em saúde mental baseado na comunidade, na inclusão e reinserção social.

Destacamos que diante de um campo que envolve a oferta e articulação de diversas políticas públicas, as ações extrapolam questões somente de saúde, tornando-se necessário, ações intersetoriais e de rede. Para a concretização do SUS e da Política de Saúde Mental ainda encontramos diversos desafios, pois existe fragmentação de ações, a autonomia local apresenta limites, disputas, dificultando, assim, a identificação das necessidades e a garantia de atenção integral.

Romper com o modelo instituído e criar formas de alteração da realidade assistencial tem sido uma constante no Brasil, porém apesar do grande número de serviços substitutivos, e conforme Lancetti (2008 p. 107-114) quando analisa o sistema de complexidade invertida, apontando que “os procedimentos realizados do outro lado do muro do hospital psiquiátrico [...] são simples e tendem a simplificação”, as ações de saúde mental são mais complexas por envolverem componentes do território geográfico e existencial, da subjetividade. No território “é preciso conquistar o poder terapêutico e praticar a negociação inerente à democracia psíquica [...] é preciso conhecer esses interlocutores invisíveis” e esta complexidade se amplia quando as histórias começam a ser tecidas, com a participação de outros atores.

3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

A concepção do Projeto Terapêutico (PT), no Brasil, segundo OLIVEIRA (2008a, p. 283) “vem sendo construída ao longo dos últimos vinte anos, junto com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica”, momento este que apresentou a necessidade de reestruturar a assistência em saúde prestada, baseada historicamente em uma lógica biomédica, passando a serem considerados os aspectos biopsicossociais que permeiam a vida dos sujeitos.

Nos documentos oficiais do Ministério da Saúde para o campo da saúde mental, o projeto terapêutico consta na Portaria 147/1994⁸, que busca qualificar o atendimento prestado nos hospitais, quando amplia o item 4.2 da portaria 224/92, apresenta as atividades que os serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada usuário e de sua família, exige que o projeto terapêutico da instituição (hospitalar) seja apresentado por escrito. A normativa refere à importância da equipe multiprofissional e o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, bem como a existência de um sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 2004).

Posteriormente, o instrutivo divulgado pela coordenação de saúde mental, do Ministério da Saúde, em 2002, pela ocasião da publicação da portaria GM 336/02, considera o projeto terapêutico de um CAPS como:

Os projetos terapêuticos dos CAPS serão singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações. Os CAPS deverão obedecer a alguns princípios básicos: devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade. Devem ainda trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço. O CAPS deve considerar o cuidado intra-, inter-e transobjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002).

Neste instrutivo, o PT dos CAPS é apresentado como forma de organização dos serviços e como um instrumento de planejamento e gestão local, onde o

⁸ Portaria SAS/MS nº 147, de 25 de agosto de 1994, que resolve ampliar o item 4.2 da PT MS/SNAS nº 224/92 de 29.01.92 (DOU de 30.01.92) em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados.

processo de trabalho apresenta-se não somente como a realização de procedimentos e tarefas, mas como um encontro entre profissionais, usuários, familiares que se comunicam e que implicados no processo de produção de saúde, constroem relações de cuidado.

Em abril de 2004 ocorreu a realização pelo Ministério da Saúde e a Prefeitura de Santo André (SP) o I Encontro Nacional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad). Dentre os diversos temas apresentados “A Construção do Projeto Terapêutico e o Profissional de Referência no CAPSad” foi discutido entre os participantes do evento e, na ocasião, o Projeto Terapêutico Individualizado (PTI) foi apresentado como um “conjunto de ações propostas ao usuário, que objetiva incentivar o aumento de seu nível de autonomia e da sua família/rede social, organizar a sua permanência/frequência na unidade, sua inclusão social e propiciar melhoria na qualidade de vida”⁹.

Deve estar fundamentado em seus sonhos, escolhas, necessidades, desejos e aspirações, bem como nas condições efetivas para a realização destes, e os recursos disponíveis na unidade para ajudá-lo em sua busca e realização.

Deve também considerar as queixas que originam a procura pelo usuário e a capacidade do serviço de ir ao encontro das necessidades explicitadas por ele.

O Projeto Terapêutico individual NÃO É AGENDA do usuário no serviço.

Deve, necessariamente, estar além do calendário proposto e considerar as dificuldades do usuário em cumprir com o estabelecido no contrato terapêutico do projeto.

O não cumprimento do contrato terapêutico por parte do usuário, em hipótese alguma deve significar, desligamento, cerceamento ou exclusão deste, mesmo que parcial, do acesso irrestrito aos serviços.

Quando isto acontecer, é papel do técnico de referência apontar para o usuário o não cumprimento, indagar sobre seus motivos e, quando o caso, **RECONTRATAR em conjunto com o usuário**, ações que este, efetivamente possa ou se disponha a cumprir na busca dos objetivos apontados no projeto (SÃO PAULO, 2004).

⁹ Material mimeografado. I Encontro Nacional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) – Grupo 4 – Santo André – SP – em 26 e 27 de abril de 2004.

Neste encontro utilizou-se a terminologia PTI, também desenvolvida por Merhy (1999, p. 12), quando assinala que o profissional, enquanto “gestor do cuidado [...] pode ser um cuidador de certos usuários, passando a responder pela produção do PTI”. Afirma que o profissional apresenta-se como gestor do processo de cuidar, articulando a rede necessária para possibilitar a ampliação dos espaços de ação e também se apresenta como um operador do cuidado, quando atua clinicamente (MERHY, 1999). Assim, torna-se fundamental entender o indivíduo em suas relações, sua singularidade, analisando situações de risco e vulnerabilidade, seus desejos e interesses, possibilitando sua participação no processo de tratamento, autonomia e corresponsabilidade.

Nos serviços de saúde mental é comum à existência de profissionais ou técnicos de referência, função esta desenvolvida pelos membros da equipe, responsabilizando-os por um conjunto de usuários, dando-se prioridade para os casos mais complexos. Este profissional assume a gestão da clínica, organiza a demanda como um todo, divide democraticamente a responsabilização, compreende as particularidades de cada um dos casos atendidos, ordena as diversas ações propostas com e para os sujeitos, dentro e fora da unidade de saúde e dialoga sempre com o usuário e com a equipe de profissionais. Além de ser referência para o usuário no local de práticas terapêuticas, passa a ser responsável pelo vínculo, entendido conforme CAMPOS (2003, p.28 e 68) como “a circulação de afeto entre as pessoas”, e utilizado como um “recurso terapêutico” para a construção de intervenções que estejam em consonância com as necessidades dos sujeitos.

Os CAPS são compostos por diversos profissionais de diferentes áreas e saberes, caracterizando-se por aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar e buscando deslocar o poder das profissões e corporações através dos especialistas e especialismos (CAMPOS, 2007). Tal forma de organização propõe a integralidade do atendimento aos usuários, acompanhando-os e ofertando serviços, possibilitando o vínculo e a superação do modelo hegemônico e de fragmentação das ações, rompendo com a lógica de encaminhamentos indiscriminados.

Conforme Carvalho e Cunha (2006, p. 847-848), “O nome Projeto Terapêutico Singular (PTS) em lugar de Projeto Terapêutico Individual [...] 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”.

Para Oliveira (2008, p. 99) “O Projeto Terapêutico Singular é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de um Sujeito Singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade” (sic). A busca de ofertas e pactuação de estratégias conjuntas possibilitam um modo de fazer onde as ações são voltadas para a necessidade dos sujeitos, seu protagonismo, inclusão social, com práticas interdisciplinares e intersetoriais.

Considerando que as pessoas vivem num constante processo de sofrimento, de ausência de certezas, onde o agravamento das condições sociais de vida, desemprego, violência, impossibilita a política pública de saúde ou práticas individuais dar conta de atender toda a complexidade de situações que os sujeitos vivenciam, torna-se fundamental a discussão de casos, a definição de tarefas e responsabilidades, onde saberes e práticas são compartilhados conforme seu campo e núcleo¹⁰ de atuação. Este espaço de criação, comunicação e de trocas possibilita compreender os sujeitos de maneira integral e a ampliação da clínica da atenção psicossocial.

Os profissionais implicados neste processo devem perceber as diversas esferas que compreendem a vida do ser humano e as redes que existem no território. O trabalho em rede apresenta-se como um desafio na a maioria dos serviços, onde os níveis de atenção não se articularem, prevalecendo um sentimento de isolamento, de ineficácia e de resistência. Como nos diz Faleiros (1999, p.179) “O trabalho em redes implica, em primeiro lugar, a participação dos usuários envolvidos e interessados, pois é em razão deles que a rede se estrutura para promover seu protagonismo através de apoio, dispositivos, organização e estratégias”. Desta forma, pressupõe uma dimensão política, por considerar o usuário enquanto sujeito desse processo, pois o território se apresenta como espaço de construção de projetos de vida, onde as transformações acontecem, a cidadania é exercida, as relações sociais são estabelecidas e as forças sociais são apresentadas.

A sociedade brasileira é permeada por regras, historicamente constituídas, padrões culturalmente estabelecidos, valores e normas que são reproduzidas nas

¹⁰ Campos (1997, 2000) utiliza o conceito de *núcleo* e *campo*. O **núcleo** como sendo os saberes específicos de cada profissional, suas experiências e habilidades, demarcando a identidade de uma área e saber e o compromisso com um conjunto de práticas e tarefas. O **campo** como sendo os saberes e práticas em comum, que extrapolam as fronteiras profissionais, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho e orientados para a necessidade de cumprir tarefas teóricas e práticas em um dado contexto e resolver os problemas de saúde.

relações entre os seres humanos, pois somos sujeitos instituídos, atravessados por diversas instituições. Assim, compreender as dinâmicas que se apresentam no cotidiano dos serviços, implica considerar a relação com o outro e com mundo e um projeto profissional que seja capaz de perceber a correlação de forças e mudar relações institucionalizadas de poder.

Desta forma, para a construção do PTS nos serviços deve-se considerar as singularidades dos sujeitos, suas relações sociais, propondo mecanismos que contribuam para aumentar a capacidade de autonomia, cidadania e participação social.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo apresentar a Política de Saúde Mental e a incorporação do dispositivo Projeto Terapêutico Singular na construção de práticas de cuidado com foco na integralidade.

Consideramos que as mudanças que aconteceram no Brasil nos processos de produção de saúde, contribuíram para a organização dos serviços e a criação de novos modos de fazer como apresentado através do dispositivo Projeto Terapêutico Singular.

Buscou-se compreender o dispositivo Projeto Terapêutico Singular (PTS), enquanto estratégia para promover a melhora da atenção psicossocial ofertada, construindo um modelo que permita a escuta, o diálogo, a decisão conjunta, o compartilhamento do poder, com a participação ativa dos sujeitos, possibilitando-se elaborar respostas adequadas à complexidade das situações.

Desta forma, contribuir com a organização dos serviços, orientado pelas propostas da reforma sanitária e psiquiátrica, mostra-se fundamental no processo de produção de saúde e defesa da vida.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Secretaria de desenvolvimento Educacional/Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.

AMARANTE, Paulo & OLIVEIRA Walter Ferreira de. *A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento de reforma psiquiátrica e*

perspectivas de integração. Dynamis: revista tecno-científica: Saúde Mental e a atenção básica. Ed. especial parte 2. Blumenau: Edifurb. v.12 nº. 47, abr/jun. 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde & Ministério da Previdência e Assistência Social. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 14 abr. 2014.

_____. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília DF, 19 de setembro de 1990a.

_____. *Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília DF, de 31 de dezembro de 1990b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental - CAPS – *Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos* – Portarias 336/02 e 189/02. Perguntas & Respostas (perguntas 01 a 12); Brasília. 2002. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/9689.html>>. Acesso em 26 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. *Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental*. 28p Brasília: março de 2012. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em: 14 abr. 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO CAMPOS, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-66

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2014

CARVALHO, Sérgio Rezende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (et al.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios do Serviço Social na era da globalização. *Revista Serviço Social & Sociedade*, n. 61, Ano XX, novembro de 1999. São Paulo: Cortez, 1999.

LANCETTI, Antonio. *Clínica Peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MERHY, Emerson Elias. *O Ato de cuidar como um dos nós críticos "chaves" dos serviços de saúde*. Campinas, abril de 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>. Acesso em: 30 de abril de 2014

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008a. (Saúde em debate; 190)

_____. *O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008b. (Saúde em Debate; v. 183)

SÃO PAULO. PREFEITURA DE SANTO ANDRÉ. *I Encontro Nacional dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)*. Santo André – SP – em 26 e 27 de abril de 2004. Material mimeografado

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Abordagens Psicossociais, volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da Cultura e das Lutas Populares*. São Paulo: Hucitec, 2008 (p. 27-55).