
**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

ANDRESSA DE FRANÇA ALVES

**Projeto Terapêutico Singular: uma construção desafiadora do sujeito,
família e equipe de saúde na realidade do CAPS ad Samambaia-DF**

BRASÍLIA - DF
2015

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

ANDRESSA DE FRANÇA ALVES

**Projeto Terapêutico Singular: uma construção desafiadora do sujeito,
família e equipe de saúde na realidade do CAPS ad Samambaia-DF**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Costa

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

ANDRESSA DE FRANÇA ALVES

Projeto Terapêutico Singular: uma construção desafiadora do sujeito, família e equipe de saúde na realidade do CAPS ad Samambaia-DF

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof.
Avaliador 1 – (Escolhido pelo aluno ou indicado pela Coordenação)

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para Deus.
Para meu esposo Fillipe.
Para meus pais e irmãos.
Para o CAPS ad de Samambaia.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que me dá graça todos os dias para fazer o que precisa ser feito.

Ao meu esposo Fillipe pelo amor e incentivo, sem ele eu certamente não teria conseguido.

Aos meus pais que com carinho e responsabilidade me ensinaram a viver de maneira íntegra.

Aos meus irmãos que estão sempre ao meu lado.

A todos os professores que ministraram aulas brilhantes.

Aos amigos que torceram por mim.

A todos aqueles de alguma forma ajudaram a semear, cultivar e colher os frutos desses meses de curso.

*"Hay que endurecerse, pero sin perder La
ternura jamás".*

Che Guevara

RESUMO

Resumo: Os avanços, no cuidado de usuários da saúde mental, busca uma ruptura com a assistência voltada apenas a redução do usuário a um recorte diagnóstico. Os modelos predominantes em serviços substitutivos vêm priorizando o saber do usuário e família e tem exigido a construção de um projeto terapêutico que considere como primordial as necessidades do usuário, sua singularidade e projetos de vida. Isso rompe as visões que restringiam o PTS a atividades grupais e atendimentos pontuais no CAPS. Assim, esse estudo tem objetivo de refletir questões da construção do PTS na realidade do CAPS ad de Samambaia-DF. **Metodologia:** Estudo teórico, crítico-reflexivo, de caráter exploratório. Foram considerados estudos científicos, instrumentos que guiam a construção do PTS na unidade e as etapas praticadas pela equipe nesse serviço. **Desenvolvimento:** Foi realizada a análise da linha de cuidado da unidade e dos instrumentos utilizados, retirados os eixos que estruturam o PTS, a saber: Acolhimento, atendimentos e grupos de referência. Foi possível descrever estes eixos com os respectivos pontos facilitadores e dificultadores de sua aplicação, de modo a compreender e discutir a forma de organização e condições de realização do PTS no local de pesquisa. Com esta análise é perceptível que o serviço tem buscado a flexibilidade que exige a prática em saúde mental, ainda que com dificuldades. **Considerações finais:** O CAPS ad de Samambaia-DF lida com desafios, mas atua para tornar a construção do PTS processual e mutável. A existência de instrumentos permite à equipe aprofundar em sua aplicação e realizar avanços que carece.

Palavras-chave: CAPS ad, Projeto Terapêutico Singular, Saúde Mental

THERAPEUTIC SINGLE PROJECT: AN CHALLENGER WORK OF SUBJECT, FAMILY AND HELPH TEAM ON THE REALITY OF AD CAPS SAMAMBAIA-DF

Abstract: The headway, in users care of psych health, try to find a breakout with the assistance toward only to the user's diagnosis. The prevalent model in substitute service improve the client's and family's knowledge, this built a new therapeutic project which considers the most important is the user's necessity, his singularity and life's projects. This go in a opposite direction of the vision which restrict the PTS to be a group activate and punctual reception at CAPS. In this case, this casework have the objective to considerer questions about the PTS construction in CAPS ad in Samambaia-DF reality. **Methodology:** Theorist study, critic-reflex, exploratory character, was consider caseworks, instrument that guide the PTS' construction in unit and the steps practice in the service's equip. **Development:** Was realized a analyze of the unit care's line and of instrument used, in PTS structure, to know: reception, attendance and reference group. Was possible describe this axis with the respective enable point and encumbers of this apply, in way, to show and discuss the organization's form and this PTS achievement's conditional in research local. After this analyze was perceptible how the service finds a demand's flexibility to practice the psych health, even if all the difficulty. **Final task:** The Samambaia's CAPS ad drudgery with challenges, but actuate for create PTS's construction procedural and mutable. This projective need to evolution. The instrument's existence allow the equip deepen in this application.

Keywords: Ad CAPS; Therapeutic Single Project; Mental Helph.

LISTA DE ABREVIATURAS (conforme a necessidade)

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

DF – Distrito Federal

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.2 METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA.....	16
2 DESENVOLVIMENTO.....	18
2.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3 DISCUSSÃO	24
4 CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES.....	29
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXOS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O nascimento da psiquiatria acontece na possibilidade de colocar os ‘loucos’ em um mesmo espaço para tratar de suas loucuras. Philippe Pinel, a partir de 1793, teve aqui um grande papel, quando começou a reservar um espaço de cuidados médicos para os doentes mentais. Antes mesmo dele, já vinham ocorrendo a transformação de asilos no intuito de libertar os loucos do tratamento moral. Com o crescimento dos hospitais psiquiátricos no início do século XX, começaram a aparecer problemas referentes às condições de tratamento dos pacientes nestes locais. Nessa época, alguns movimentos defendiam a reforma do espaço asilar, enquanto outros privilegiavam a prevenção e o tratamento na comunidade. Surge então a ‘antipsiquiatria’ na Inglaterra em 1960, com o objetivo de denunciar as práticas psiquiátricas vigentes (BARROS et al, 2008, p. 14-15).

No Brasil, as mudanças na assistência ao doente mental se iniciam em 1970 com a Reforma Psiquiátrica ancorada na Reforma Sanitária. Começa então a formulação das políticas de saúde mental no país. Esse movimento vem com a desinstitucionalização, desconstrução e reconstrução da maneira de lidar com o sofrimento psíquico no cotidiano das instituições. Trabalhadores, eventos que discutiam a loucura, associações de usuários e familiares, estimularam cada vez mais a reorganização dos sistemas de serviços, ações e diretrizes políticas de Saúde Mental (BARROS et al, 2008, p. 21-22). Segundo Grigolo (2010, p. 17), os primeiros serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico de cuidado, os Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial, surgiram em Bauru, 1988, e em Santos, no ano de 1989. Esses, por sua vez representam o início de um novo conceito: da atenção psicossocial. Esta última, torna concretas e factíveis novas políticas públicas em saúde mental no SUS.

Em sua pesquisa, Grigolo (2010, p. 18) afirma:

Mesmo assim, as internações psiquiátricas consumiram até os anos 90, 99% dos recursos na área de saúde mental no Brasil. As internações psiquiátricas representaram, nesta época, a terceira maior parte dos gastos com internações em geral. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi o ator central para o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este movimento, desde 1978 denunciava a violência manicomial, a desassistência e os interesses privados na área da saúde mental, além de questionar os pressupostos do saber asilar-psiquiátrico (GRIGOLO, 2010, p. 18).

Um importante marco, provocado por essas lutas, foi a promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica, de 6 de abril de 2001, lei nº 10216. Nela é consagrado o princípio do

atendimento comunitário e extra-hospitalar, sendo ele promotor de reinserção social, constando ainda que as internações, quando totalmente inevitáveis, devem ser realizadas em espaço acolhedor que promova autonomia (BRASIL, 2001). Os direitos dos usuários e familiares são então colocados como centrais na política pública de saúde mental. Dessa forma, os CAPS, serviços extra-hospitalares de base comunitária começam sua implantação e expansão, fornecendo atendimento à população de sua área de abrangência, atuando na promoção de acompanhamento clínico e reinserção social mediando o acesso ao trabalho, lazer, exercício de cidadania, manutenção e fortalecimento de rede social (BARROS et al, 2008, p. 24).

É visto que:

O momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira é de evidente avanço na reorientação do modelo de atenção à Saúde Mental. Em 2002, 75,24% do financiamento na área foi gasto com hospitalizações. Em 2006, esse quadro se reverteu para 44,08%. Conforme o Ministério da Saúde, Brasil (2010), 67,71% dos recursos orçamentários de 2009 foram aplicados nos serviços extra-hospitalares e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram de 500 serviços em 2003 para 1513, até maio de 2010 (GRIGOLO, 2010, P. 16).

Com esses dados é possível confirmar que as políticas públicas para os usuários de saúde mental vêm com o objetivo de garantir o direito à saúde desses indivíduos com a redução dos leitos hospitalares e extinção dos manicômios, investimento na atenção básica, atenção especializada em saúde mental, destinação de recursos humanos para trabalho nessa área, participação da comunidade na elaboração das políticas e controle social, criação de serviços substitutivos (CAPS e Serviços residenciais Terapêuticos).

Os serviços substitutivos devem se organizar de maneira articulada, de modo a viabilizar o acesso de usuários, suas famílias e toda a comunidade no resgate à cidadania, privilegiar suas necessidades com ações que visem a qualidade de vida e autonomia das pessoas (BOCCARDO, 2011).

Como já fora colocado, um modelo que focava apenas a doença de determinado sujeito é o que predominou nos tempos anteriores à Reforma Psiquiátrica. O movimento antimanicomial citado anteriormente teve impactos na desospitalização e inclusão dos usuários em nos serviços substitutivos anteriormente citados. Nestes predomina o modelo de atenção chamado psicossocial, que prioriza saber do usuário e família na construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS (PINTO et all, 2011). Princípios de inclusão e participação de usuário, família e comunidade são os que embasam esse novo paradigma de atenção no cuidado de pessoas com transtorno mental em seu meio social. Busca-se uma

ruptura com a assistência voltada apenas para a doença (BOCCARDO, 2011). A reforma foi influenciada tanto por mudanças sociais, como por movimentos internacionais a cerca da reforma psiquiátrica, sendo dessa forma um processo complexo (GRIGOLO, 2010).

Na lei 8080, de 19 de setembro de 1990, também embasa tais políticas, tendo em vista que a saúde é considerada como direito fundamental, sendo que o Estado deve promover as condições necessárias para que ela aconteça. Para tanto, devem ser feitas políticas que reduzam os riscos das doenças e outros agravos, de modo a viabilizar acesso universal e igualitário à saúde, dispondo de promoção, proteção e recuperação.

Na contraposição de reduzir o usuário a um recorte diagnóstico vem a proposta da clínica ampliada, onde cada trabalhador atua em prol de uma clínica para além de fragmentos, mas antes, coloca o sujeito como participante e autônomo de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2008).

Na construção do Projeto Terapêutico Singular, o sujeito interage a todo momento, sendo totalmente ativo no construir, no fazer e desfazer. Por assim se fazer, dinâmico, o PTS se constrói nas relações do sujeito com o outro e com seu território. Isso leva o profissional a acionar e trabalhar de forma articulada com a rede que o indivíduo demanda e se relaciona. Sob essa ótica mais ampla do que é o PTS, entende-se que ele se inicia na entrada do usuário no serviço, antes até mesmo de seu momento de acolhimento, ingresso oficial no tratamento. Isso rompe as visões que restringiam o PTS a atividades grupais e atendimentos pontuais no CAPS. Nesta nova ótica, o projeto é o próprio saber e fazer do indivíduo, em seu contexto, em suas relações, e com os profissionais do serviço.

O PTS é elaborado segundo as necessidades do usuário e considera-se como primordial suas opiniões, sonhos e projetos de vida. O ser singular, utilizado no projeto terapêutico, consiste em uma interação e construção conjunta de usuário, família e trabalhador. Identificar essa singularidade exige olhar e escuta que identifiquem constantemente as subjetividades (PINTO et al, 2011).

Há que se considerar também as denominadas tecnologias leves que mediam a construção do PTS que são o acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia, as quais viabilizam a adesão do usuário e família ao tratamento (idem, 2011).

Segundo Jorge et al (2009), exige-se a valorização dessas tecnologias leves pelos profissionais de saúde mental, de modo a aliar também, sempre, a prática do cuidado aos pressupostos da reforma psiquiátrica. Essas tecnologias compreendem as relações interpessoais, que devem ser priorizadas nas práticas dos serviços de saúde, de modo a promover cuidado integral e humanizado. São dispositivos de relação. O acolhimento

perpassa toda a atenção terapêutica, viabiliza a formação de vínculo e humanização, e por essa razão tal dispositivo deve ser potencializado. O vínculo depende de um movimento recíproco entre usuário e equipe, e dessa maneira, acolhimento e vínculo são determinantes na relação de cuidado em saúde mental, pois facilitam a construção da autonomia, por meio de responsabilização compartilhada entre o sujeito, família e equipe de saúde.

Trazendo a realidade do Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas e considerando a construção do PTS neste local, há que se fazer uma reflexão sobre a construção histórico-cultural do uso de substâncias psicoativas (SPA).

Achterberg apud Moraes (2008) traz que a história do uso de substâncias se cruza com a dos curandeiros, xamãs, bruxas e da medicina. O uso de plantas mágicas está presente nas culturas orientais e ocidentais em eventos religiosos, rituais de cura, mitos e processos de autoconhecimento.

Se historicamente o uso das substâncias psicoativas esteve ligado ao sagrado, ritual e à iniciação, hoje este uso está ligado ao impuro, violação e proibição (IZECKSOHN apud MORAES, 2008).

As políticas públicas referentes à problemática do uso de álcool e outras drogas são recentes e trazem ideias que envolvem o uso histórico-cultural de SPA. Nesse contexto, a política da redução de danos entende que não é possível um mundo sem drogas, e assim sendo, reprimir e punir vai contra os direitos éticos e civis dos cidadãos em relação à liberdade do uso do corpo e da mente (CONTRIN apud MORAES, 2008). A estratégia de redução de danos confere-se conjunto de ações indispensáveis para na diminuição de vulnerabilidades biopsicossociais.

Desde que foi incluída na categoria de doença pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10), a toxicomania passa a sofrer as intervenções que marcam a reforma psiquiátrica do Brasil (MORAES, 2008).

Nesse sentido, o tratamento viabilizado pela construção do Projeto Terapêutico Singular deve considerar os aspectos biológicos, psíquicos e sociais de modo a responder às particularidades de cada indivíduo. Para tanto é preciso entender a construção psíquica e sociocultural do processo de saúde e doença, favorecer a autonomia em detrimento da necessidade de clausura, recuperar direitos de cidadania e o poder de contratualidade social, atendimento integral e territorializado (COSTA apud MORAES, 2008).

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas e ações terapêuticas que funcionam de maneira articulada para determinado sujeito (sendo ele individual ou coletivo) e vem como resultado de discussão coletiva de equipe interdisciplinar. O termo 'singular', e não

‘individual’ como era antes chamado decorre do fato de o PTS poder ser construído de maneira coletiva, considerando a singularidade como foco da articulação (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 39).

Diante desse cenário, esse estudo tem o objetivo geral refletir as questões referentes à construção do Projeto Terapêutico Singular na realidade do CAPS ad de Samambaia-DF. Como objetivos específicos tem-se: identificar as etapas que envolvem a construção do PTS na unidade; conhecer os instrumentos e métodos utilizados pela equipe; analisar os instrumentos sobre uma perspectiva teórica e vivencial; identificar as possíveis dificuldades, avanços e possibilidades no desenvolvimento do PTS.

1.2 METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo teórico, crítico-reflexivo, de caráter exploratório, viabilizado por meio de consultas em teses, artigos, livros e documentos oficiais. A pesquisa exploratória torna o problema mais explícito, proporcionando uma maior familiaridade com a questão estudada (GIL, 2007).

As bases de dados usadas para aprofundamento bibliográfico foram SciELO, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde e Site do Ministério da Saúde. As palavras-chaves usadas foram projeto terapêutico, projeto terapêutico singular, saúde mental, acolhimento, ecomapa, genograma e CAPS ad.

Para tal, serão considerados instrumentos utilizados nessa construção, as etapas praticadas pela equipe nesse serviço, com os respectivos pontos facilitadores e dificultadores de sua aplicação, de modo a compreender e discutir a forma de organização e condições de realização do PTS no local de pesquisa. Foi analisada a linha de cuidado (ANEXO B e C) que guia o funcionamento do serviço no CAPS ad de Samambaia-DF, e dela retirados os principais eixos que estruturam o PTS no referido serviço, a saber: Acolhimento, atendimentos com profissional de referência e grupos de referência. Também foram considerados e analisados nesse trabalho os instrumentos utilizados para a construção do PTS (ANEXOS A, D e E). Para fazer a referida análise, fui autorizada pelo gestor atual da unidade.

Após o levantamento das etapas, é realizada uma descrição das mesmas no capítulo 2, aliando ao aprofundamento teórico e bibliográfico, que se refere a cada um dos eixos estruturantes da construção do PTS no CAPS ad Samambaia. O capítulo 3 traz a discussão das questões refletidas anteriormente e é seguido da conclusão, no capítulo 4.

A pesquisa foi realizada no CAPS ad de Samambaia-DF que é tipo III, com funcionamento 24 horas, dispondo de 12 leitos de acolhimento ininterrupto por até 14 dias. Esses últimos são destinados ao cuidado integral de usuários em condições clínicas ou psicossociais agudas, relacionadas à proteção social, desintoxicação e manejo de crises de abstinência leves a moderadas.

Esta unidade acolhe novos usuários todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, dispõe de equipe multiprofissional que promove atenção interdisciplinar a usuários do serviço. O funcionamento do serviço prioriza o trabalho em rede, grupos, oficinas terapêuticas e atendimentos individuais com as diversas modalidades profissionais, a saber, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, médicos clínicos gerais, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e farmacêuticos. Possui ainda Unidade de Acolhimento adulta, que se destina a receber usuários em tratamento no CAPS ad Samambaia, que ainda demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, com possibilidade de moradia transitória por até seis meses, que estejam com projeto terapêutico em curso.

Os usuários acompanhados no serviço são a população das regiões administrativas do Distrito Federal, Samambaia, Recanto das Emas e Taguatinga, e também o entorno; maiores de 18 anos, que possuam necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REVISÃO DE LITERATURA

A concepção de Projetos Terapêuticos Singulares é reinventada quando é dada importância ao protagonismo e participação em promoção de saúde por parte dos usuários e familiares. Essa construção deve contar com a participação de toda equipe de saúde, usuários e famílias, de maneira a construir um PTS flexível, com metas factíveis e claras, que se baseiem nos resultados alcançados. Deve objetivar a informação ao usuário sobre sua saúde, relacionamento social e político, autonomia afetiva, material e social (SARACENO et al apud MÂNGIA, 2006).

Mângia (2002), distingue em seu trabalho alguns eixos para o desenvolvimento do PTS, a saber: ação da pessoa como central; a relação existente entre terapeuta e cliente; deslocamento da ação dentro da instituição para o território e acontecimentos práticos da vida; construção do PTS de forma compartilhada e com o objetivo de continuidade da vida; estabelecimento de linha de trabalho com metas e prazos; avaliações periódicas no decorrer do processo.

Ao considerar as reflexões acima, faz-se importante compreender as etapas do processo de construção do PTS no local de pesquisa. No ANEXO C, denominado ‘Construção de PTS’, vemos o fluxo do usuário no serviço. Desde sua entrada, e as etapas seguidas para a construção de uma sistematização do cuidado com esse usuário.

2.1.1. Acolhimento

Não podemos identificar aqui uma fase, mas sim um contínuo. Porém, no CAPS ad Samambaia, o momento de ingresso no serviço, é também, denominado como “acolhimento”. Dessa forma, ele acontece todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, das 7 às 22 horas. Sempre um a dois profissionais específicos, estão destinados a receber e acolher novos usuários no serviço, de maneira a permitir que o serviço seja efetivamente “portas abertas”, conforme define o art. 6º, inciso I, da portaria ministerial 130, que regulamenta o funcionamento dos CAPS ad. Para esse momento, é usado o formulário específico (ANEXO A), versão modificada pela equipe do instrumento elaborado pela SES DF (ANEXO F).

Logo após o acolhimento, o usuário é direcionado a um grupo (Grupo de Boas Vindas), onde conhece um pouco sobre a proposta do CAPS ad, o atendimento psicossocial e de onde surgiu esse paradigma de cuidado. Junto a esse momento, também passa por um

processo educativo, ao receber orientações e cuidados a cerca de Doenças Sexualmente Transmissíveis. No CAPS ad de Samambaia, cada usuário é atendido por uma equipe de referência composta por multiprofissionais, de acordo com a região administrativa de onde provém.

Caso, na etapa do acolhimento, o técnico visualize a necessidade de atendimentos emergenciais a equipe da unidade oferece tais atendimentos, de forma a fornecer ao usuário oportunidade de inclusão e valorização da escuta com resolutividade, privilegiando a demanda emergente no momento.

É visto que o acolhimento como processo contínuo expressa uma ação de aproximar-se, “estar com e perto de”, de modo a conferir-se como uma atitude de inclusão. Essa por sua vez remete à relação com algo ou alguém. É uma diretriz: ética, que reflete compromisso e reconhecimento do outro em suas diferenças e vivências; estética, de modo a requerer estratégias que favoreçam a dignificação dessas vivências; e por fim, política, que envolve potencializar o protagonismo nos diversos encontros (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O acolhimento, no entanto, é além de uma diretriz ética/estética/política, uma ferramenta tecnológica de intervenção, que torna a escuta qualificada, promove o vínculo, garante o acesso ao serviço de saúde de maneira responsável e resolutiva. É uma tecnologia de encontro, sem espaço ou local, mas que deve ser vista como postura. É um modo de atender a todos os que buscam o serviço, ouvindo-os de modo a assumir postura acolhedora, de escuta e que forneça as respostas mais adequadas aos usuários. Implica em atenção à diversidade cultural-étnico-racial, de forma a conferir-se como uma ação terapêutica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O uso dessa ferramenta como postura, “acolhimento”, pode ser prejudicada com a existência de uma grande interdependência no trabalho em saúde que se refere tanto aos diferentes profissionais presentes na unidade, quanto à multiplicidade de serviços que compõem o sistema de saúde. A proposta de equipe interdisciplinar de referência vem para facilitar o atendimento humanizado e a gerência do cuidado. Ela facilita o vínculo específico entre uma equipe profissional e os usuários atendidos (no caso específico do CAPS ad de Samambaia, corresponde à região geográfica onde eles moram). Conforme a equipe interdisciplinar evolui na comunicação, troca de saberes e afetos, co-responsabilização entre os componentes, há o surgimento da transdisciplinaridade. Nesse modelo de cuidado, há um empoderamento que valoriza a equipe e seu espaço de decisão, o que repercute diretamente e positivamente no cuidado com o indivíduo. Há uma indução da cooperação e coletivização

em contraposição à competição que há em outros modelos. A equipe de referência propõe que o usuário seja o centro do processo de atenção. Essa proposta de atenção exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas, tanto pela gestão como pela equipe, de modo a direcionar um aprendizado coletivo que resultará na satisfação de usuários e trabalhadores, atingindo também potencial resolutivo. As equipes interdisciplinares são uma forma de resgate do compromisso com o usuário do serviço, de modo a reconhecer a complexidade de seu adoecimento, bem como de seu projeto terapêutico singular (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

2.1.2. Atendimento com profissional e referência

Em um primeiro momento de atendimento de referência, é realizada preferencialmente a coleta do histórico de vida do indivíduo. Isso é feito por meio do uso de dois instrumentos norteadores, sendo eles o GENOGRAMA e o ECOMAPA (ANEXO D).

O GENOGRAMA é um instrumento primordial no trabalho com o usuário e família, pelo fato de descrever e ver como uma família funciona e interage, sua composição e dinâmica. Utiliza-se de símbolos gráficos, desenho da árvore genealógica, que são universalmente aceitos, o que acaba por facilitar a compreensão dos profissionais que estão familiarizados com o instrumento. Assim é possível levantar dados de risco referentes aos relacionamentos familiares

O ECOMAPA é importante para avaliar as relações familiares com o meio social, de modo a complementar o GENOGRAMA, fornecendo uma visão gráfica do sistema ecológico de uma família. Por sua vez compreende o relacionamento de sujeitos integrantes da família com meios mais amplos na forma de um diagrama, que mostra a rede de contato e também conflito entre pessoas, instituições e também grupos (PINHO et al, 2012). Com ele é possível avaliar os recursos e as necessidades (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No atendimento como profissional de referência, é preciso lembrar o que é clínica ampliada e de tudo que ela abrange, a saber: um forte compromisso com o sujeito, de modo a vê-lo como ser singular; responsabilidade pelos usuários do serviço de saúde; a promoção da intersetorialidade, que a busca de ajuda em outros pontos de apoio na rede; reconhecimento dos limites do saber profissional e das tecnologia usadas, de modo a buscar conhecimento em outras áreas; assumir, ter um compromisso ético profundo (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Lussi et al (2006) diz que a reabilitação faz-se em ações que objetivam aumentar as habilidades de um indivíduo e conseqüentemente diminuir suas deficiências ou desabilitações,

de modo a haver uma diminuição dos danos decorrentes da doença. Os autores dizem ainda que para essa reabilitação, é necessário reinserir a pessoa socialmente, aumentar a rede social do indivíduo, o que colabora muito na modificação do estado de inércia que a pessoa adquire ao se achar incapaz frente à vida e melhora o enfrentamento das dificuldades vivenciadas. O estímulo de estratégias de enfrentamento reduz o patamar de vulnerabilidade em que se encontra a pessoa. Esse processo de reabilitação é aumentado à medida em que surgem novas oportunidades de ordenação da vida.

Em um segundo momento, após o Grupo de Referência (descrito abaixo), o usuário é novamente atendido por um profissional da equipe de referência, quando então, todas essas informações coletadas no decorrer do processo iniciado no ingresso ao serviço, são agrupadas e organizadas de maneira a estruturar o Projeto Terapêutico Singular do usuário.

2.1.3. Encontros de referência

Após ser atendido por um profissional de referência, quando é estruturado o GENOGRAMA e o ECOMAPA do indivíduo, é realizado um diagnóstico parcial de informações, fatores de proteção e de riscos para o tratamento do sujeito. Estes são registrados em prontuário. A pessoa passa então por um encontro de referência (Grupo de referência).

Cada equipe de referência possui um encontro de referência semanal destinado à realização do instrumento chamado “Ficando para a História” (ANEXO E). Nessa ocasião, os usuários que possuem habilidade de leitura e escrita são estimulados à construção de um livro. Esse por sua vez é dividido em três momentos, a saber: 1º ENCONTRO – Fazendo história, quando há um estímulo a reflexões pessoais, que talvez o indivíduo, pelo processo de adoecimento e vivências das necessidades decorrentes do uso de substâncias químicas, não reflète há tempos, é uma fase mais introspectiva, e ao final, é deixado livre para compartilhar com o grupo as reflexões que teve; 2º ENCONTRO – Tecendo Redes, aqui cada usuário constrói seu MAPA DE REDE social, na qual ele se encontra no centro, e escreve nas diferentes áreas, pessoas que se relaciona afetiva e de acordo com a proximidade, de modo a descrever também, respondendo algumas perguntas, como vê cada uma das pessoas, de maneira a fornecer dados e perceber relações que são potenciais de saúde, que favorecem reconstrução de projetos de vida, e outros que pelo contrário, são relações de riscos que precisam ser revistas e/ou desfeitas; 3º ENCONTRO – Fazendo Planos, nessa fase, o sujeito resgata todas as reflexões vistas anteriormente e estrutura seus primeiros projetos, seus potenciais, fortalezas e fragilidades, os lugares ou as pessoas em que pode buscar ajuda; ao

fim escreve a quem e/ou a que dedica os escritos do livro contidos no decorrer das páginas. As informações mais pertinentes identificadas pelo profissional, que podem ser utilizadas na construção do PTS são registradas em prontuário, e o livro, em um próximo atendimento de referência, é devolvido ao usuário.

Cada equipe de referência, possui também, um grupo de referência chamado de “manutenção”. Esse grupo acontece em horário fixo na semana, e é destinado a receber qualquer usuário atendido pela equipe que deseje ir ao grupo, tirar dúvidas, que precisem de atendimentos individuais (que nessa oportunidade são marcados) ou que precisem de ajuste na participação em grupos e oficinas terapêuticas. A revisão do PTS é feita em atendimentos individuais, nos grupos que os usuários participam, e também nesses grupos de referência de manutenção.

Benevides et al (2010) afirma que os grupos potencializam trocas dialógicas, bem como a partilha de experiências e a melhor adaptação do convívio coletivo e individual. O grupo é um espaço de suporte mútuo, onde cada integrante encontra em si mesmo, no outro e nos relatos o apoio do qual muitas vezes necessita. Ainda segundo os autores, o grupo é um meio que propicia escuta, orientação e também a construção de projetos terapêuticos que condigam com as necessidades individuais do sujeito.

A abordagem em grupo mostra-se altamente positiva na mudança do usuário e tem respaldo clínico e científico. Nessa intervenção, o suporte social dados aos participantes dá reforço ao senso de rede, gera condições de enfrentamento, identificação de problemas, troca e aperfeiçoamento de estratégias tanto do grupo como do indivíduo. Há também um suporte recíproco dos participantes, o que reduz a sensação de isolamento, traz exemplos realistas de mudança, partilha de informações, início e desenvolvimento do senso de acolhimento e pertencimento, estímulo de habilidades sociais, autoeficácia, encorajamento e suporte necessário para modificação do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (FIGLIE e PAYÁ, 2013, p. 10-12).

Como a construção do PTS é algo que já se inicia no momento do ingresso no usuário no serviço, o grupo de referência faz-se uma oportunidade de intervenção terapêutica. No decorrer do processo, ainda que haja um fluxo pré-estabelecido, as necessidades do usuário que guiam as condutas e o cuidado. Nesse sentido, o caráter terapêutico do grupo permite que o usuário tenha um espaço de escuta e construir mútuo com a equipe, comunidade, família e demais estruturas de sua rede. Vê-se então, de fato, o caráter dinâmico e mutável dessa construção, que diversifica as formas de cuidado, ao passo que o vínculo se estabelece e tanto

usuário, como equipe de saúde e demais equipamentos se implicam e investem em todo o processo.

3 DISCUSSÃO

Ao analisar, em primeiro lugar a linha de cuidado do CAPS ad Samambaia (ANEXO B) vemos as possibilidades de fluxo dos usuários dentro do serviço. Percebemos também que as EQUIPES DE REFERÊNCIA são o eixo central que guia o cuidado do sujeito. Dessa forma de funcionamento podemos refletir duas questões: que o eixo central que é o usuário do serviço de saúde não está de fato guiando o cuidado recebido; ou que o mesmo indivíduo atendido pela unidade é quem permeia todo esse fluxo. Nesse sentido, entende-se que é preciso acompanhar de perto as equipes de referência, no sentido de funcionarem através e em prol do indivíduo que adentra ao serviço, para que não se incorra no risco de fazer processos de trabalho que privilegiem a instituição em detrimento do foco principal que é o usuário do CAPS ad.

Além disso, já no acolhimento (aqui vendo-se como a ‘etapa’ descrita na linha de cuidado), momento em que oficialmente o usuário entra ou não no serviço, é realizada uma determinação do perfil, e caso não atenda os requisitos, a saber, maior de 18 anos, e residente de Samambaia, Recanto das Emas, Taguatinga ou ainda entorno, é encaminhado a um serviço que possa atender essa pessoa de forma mais adequada. Uma definição de perfil a ser feita em apenas um encontro pode gerar oportunidades para encaminhamentos inadequados. Ao analisar o instrumento ‘ficha de acolhimento’ (anexo B) adaptada pela equipe da ficha oficial usada em outros serviços da SES-DF (ANEXO F) vemos que a mesma é reduzida em sua primeira página na quantidade de dados de identificação, e possui espaço para que o profissional escreva as informações que trouxeram o usuário ao serviço. Isso viabiliza que em um primeiro momento, não seja realizada a aplicação de um questionário denso ao indivíduo sobre o uso de substâncias químicas. Tal fato tem o objetivo de tornar o momento mais acolhedor e menos intimidador. Por outro lado, ainda permaneça tabela referente ao uso e seu histórico das substâncias químicas, o que é objeto de discussão entre a equipe ao considerar em que grau essa questão pode constranger o usuário em momento de primeiro contato com o serviço, e se, tal pesquisa, não seria melhor recebida pelo indivíduo, se feita em oportunidade posterior com profissional de referência com quem já tenha vínculo. Mesmo diante de tais impasses a tabela permanece, com a justificativa de ser um instrumento importante de coleta de dados para traçar perfil do uso de drogas dos usuários do serviço em sua chegada, mais ainda não se sabe o quanto essa questão colabora ou prejudica na adesão ao tratamento.

O acesso dos usuários e a forma de recebê-los é uma das questões fundamentais a serem transformadas no contexto da prática diária e da organização dos serviços de saúde mental. No geral, os serviços são organizados a partir da oferta limitada e pré-estabelecida de procedimentos em detrimento da possibilidade de uma lógica organizativa que responda mais efetivamente às necessidades reais da demanda. A inexistência de um diálogo permanente com essas necessidades inibe a diversificação das práticas, restringindo as intervenções às ações tradicionais, de caráter estritamente médico-psicológicas e, conseqüentemente, imobilizando os serviços (MÂNGIA et al, 2002, p. 15-16).

Na reflexão anterior vemos a janela de oportunidades que pode fornecer o acolhimento. O momento de receber as pessoas no serviço é de fundamental importância na reinvenção das práticas cotidianas dentro dos serviços. Guiar esse atendimento apenas pela existência de atividades específicas pré-existentes às quais o indivíduo deve se adequar, em detrimento de receber as demandas e criar as estratégias a partir delas, empobrecem as formas de cuidado, e restringem resultados positivos.

Na escuta e acolhimento, há uma interpretação mútua entre o que o usuário quer para sua vida e cuidado e o que o serviço pode oferecer. A equipe interdisciplinar fortalece ainda mais essa ação integral, pois viabiliza a multiplicidade de saberes e práticas no cuidado em saúde mental. O acolhimento é um dispositivo transversal da assistência, tendo em vista não ser apenas uma parte do processo, mas sim um contínuo. Proporciona escuta, diálogo e valorização do outro (JORGE et al, 2009).

Um objeto de discussão contínuo dentro da equipe deve ser a diretriz do acolhimento, de forma a conferir-se constantemente pauta de reuniões técnicas, que deflagrem reflexões sobre o adoecimento e tratamento, porém, não com o foco restrito aos sintomas, mas em todas as demais áreas que envolvem a vida do indivíduo. O acolhimento é um importante instrumento na construção de vínculos e acompanhamento no desenvolver do PTS. O fato do serviço fazer-se de fato portas abertas, acolhedor, atrai os usuários e suas demandas diversas, de modo que se sintam à vontade de buscar ajuda quando algo não estiver caminhando bem, de maneira a viabilizar intervenções que se façam necessárias, prevenindo seus agravos (MÂNGIA et al, 2002).

Como resultado da qualidade do acolhimento e confiança, o vínculo baseia-se na construção de afeto com o outro, baseado na comunicação entre as partes. É uma ferramenta importante para tornar as práticas em saúde mental mais horizontais e democráticas. A co-responsabilização funciona como uma parceria entre usuário, família, serviço, trabalhadores de saúde, de modo a alcançar a melhoria da qualidade de vida do indivíduo atendido, estimulando sua capacidade de enfrentar problemas. Todo esse processo culmina no resgate da cidadania, reinserção social e desenvolvimento da autonomia. Essa última é viabilizada na

construção de um Projeto Terapêutico que seja de fato singular, trabalhe as necessidades, desejos, promoção da contratualidade, projetos e sonhos dos usuários do serviço (JORGE et al, 2009).

Há que ainda refletir-se que a prática do acolhimento permite aos serviços perceber que para alguns casos, ou até muitos casos, não há, dentro da organização, recursos suficientes para todos os casos. Dessa forma é preciso haver uma busca desses recursos e soluções em outras instituições, de modo a construir redes de suporte no território. Assim, as respostas serão mais favoráveis e adequadas às situações. Ações intersetoriais precisam fazer parte do cotidiano da equipe, do contrário a mesma poderá sentir a ineficiência e impotência do trabalho isolado, em detrimento do trabalho articulado e vivo, que é o que de fato gera promoção da cidadania, autonomia e protagonismo tanto de usuários como da própria equipe de saúde (MÂNGIA et al, 2002).

Aproveitando o vínculo já iniciado no momento do ingresso no serviço, e para dar continuidade na coleta do histórico de informações importantes à construção do PTS, é realizado um atendimento de referência. Neste há utilização do ECOMAPA e GENOGRAMA ainda não é dominado por toda a equipe do CAPS ad Samambaia. Por tratar-se de um serviço aberto nas 24 horas do dia, possuindo parte da equipe que cumpre escala em regime de plantões de 12 horas, e outros que cumprem horário comercial junto ao de terceiro turno (18 às 22 horas), déficit de recursos humanos como em outros pontos da rede de saúde, há dificuldade de mobilizar a equipe em um treinamento coletivo. Esse foi descentralizado e realizado por pessoas específicas dentro de cada equipe de referência, porém, ainda assim, não foi desenvolvido com a profundidade que importa a questão. Isso gera aplicação inadequada, ou não compreensão da importância das informações para o PTS do indivíduo. Tal fato traz prejuízos diretos à construção do PTS, considerando que tais instrumentos trazem questões cruciais ao tratamento, referentes à dinâmica familiar e de redes. A aplicação inadequada prejudica os diagnósticos iniciais referentes a riscos e potencialidades contidos na rede do usuário, e pode ser feita de modo a não esclarecer ao indivíduo de fato qual a importância e significado que tais considerações tem de fato na construção do PTS.

Como é possível identificar no fluxograma de ‘Construção do PTS’ (ANEXO C), o grupo de referência para construção do livro ‘Ficando para a História’ (ANEXO E) deveria ser dividido em 3 encontros, correspondentes às etapas do livro. Porém, ainda referente ao déficit de recursos humanos, bem como à extensão região atendida pelo serviço, que corresponde a aproximadamente 500.000 milhões de habitantes e gera uma demanda enorme, cada equipe de referência resumiu a construção do livro a um encontro. Ao avaliar o

instrumento “Ficando para a História”, vemos a densidade de questões abordadas e até mesmo a profundidade de algumas como: “Qual a pior lembrança da minha vida”. Questões como essa podem abrir espaço para manifestação de emoções e reações que o profissional pode ter dificuldade de acolher e direcionar de maneira correta e responsável, dado o tempo reduzido e a quantidade de tarefas a fazer. O MAPA DE REDE (contido no ANEXO E), contido na segunda parte do livro, é um instrumento potencial na avaliação e fortalecimento da rede do sujeito. Exige tempo e manejo de suas informações. Os usuários podem apresentar dúvidas e dificuldades no preenchimento do mapa. Assim, o profissional precisa estar sensível à essas manifestações, observando com cuidado e acompanhando de perto, pois nem sempre as dificuldades são externalizadas verbalmente. Dessa forma, pode ocorrer aproveitamento inadequado das ricas informações contidas no livro para a construção do PTS, por não haver tempo hábil e treinamento adequado para sua aplicação.

A construção do PTS passa por quatro movimentos. O primeiro é a definição de hipóteses diagnósticas, e isso envolve uma avaliação que levante os ricos e vulnerabilidades do indivíduo, e como este responde frente ao adoecimento, destacando não só os problemas, mas também as potencialidades. O segundo é a definição de metas. Ou seja, após o diagnóstico, são realizadas metas a curto, médio e longo prazo junto ao usuário. Em terceiro, vem a divisão de responsabilidades, de modo a definir as tarefas, estratégias de cada um. Por último, está a reavaliação, quando são realizadas as mudanças que precisam ser feitas, os avanços ocorridos e os próximos passos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.41-47). Considerando os passos anteriormente descritos, vemos o quanto os instrumentos utilizados no CAPS ad Samambaia são ferramentas potenciais nesses movimentos de diagnóstico e levantamento de riscos e potenciais de saúde (Acolhimento, Ecomapa e Genograma, bem como a construção do livro ‘Ficando para a história’), as metas e divisão de responsabilidades (atendimentos de referência) e reavaliação (grupos de referência de acompanhamento e atendimentos de referência). Na linha de cuidado, não fica claro, no entanto a sistematização dessa reavaliação em termos de tempo e sistematização. Temos apenas que o usuário frequenta o Grupo de Manutenção, porém não há clareza da periodicidade com que cada indivíduo frequenta, deixando incerto, nesta forma de funcionamento, se avaliações em grupo tem um alcance importante de real análise em termos de efetividade das ações propostas do PTS.

O CAPS não se faz como instituição fechada, autolimitada, com modelo rígido e imutável. Cada serviço, em seus caminhos, depende do que profissionais, usuários, famílias, gestores fizeram dele em toda sua complexidade. Precisa-se haver discussão da clínica, com

aprofundação dela, e focalizada como sucesso na perspectiva da mudança do modelo de atenção em saúde mental. O exercício de cidadania dos usuários, aliado à análise dessa clínica é de importância central, pois qualifica a experiência subjetiva do sofrimento do usuário (GRIGOLO, 2010, p. 27). Os instrumentos descritos acima, bem como a análise da linha de cuidado, que guia o CAPS ad III Samambaia, mostra que o serviço tem buscado essa flexibilidade que exige a prática em saúde mental, ainda que com certas dificuldades.

4 CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

É possível perceber, com a construção do presente trabalho, o quanto o Projeto Terapêutico Singular envolve um articulado de questões complexas. Essa construção diz respeito ao usuário, equipe de saúde, interdisciplinaridade, intersetorialidade, rede de apoio social, acolhimento, vínculo, responsabilização e co-responsabilização. Em todas essas questões está o sujeito permeando todo o processo, ativo, cidadão, participante, autônomo, atuando de maneira a reconstruir seus sonhos e projetos de vida.

Os caminhos que levam a essa construção são igualmente complexos, mutáveis, exigem quebra de paradigmas, visão do todo complexo, cheio de formas e contextos, histórias e particularidades. O profissional de saúde depara-se então com um fazer desafiador de sua prática, que exige dele contínua aprimoração profissional e criatividade, disposição para estar com o usuário, acolhê-lo em suas demandas e trabalhar em torno delas de forma articulada com outros profissionais e setores. Além disso, é preciso ser irreverente frente à escassez de recursos, humanos, materiais e de tempo, de modo a atuar numa perspectiva que reduza os danos para o usuário de drogas, e estimule o poder de contratualidade e exercício de cidadania dos sujeitos.

O presente estudo proporcionou um aprofundamento nas questões que envolvem a construção do Projeto Terapêutico Singular, reflexão sobre a produção de cuidado que o mesmo gera e possibilita uma atenção mais integral e resolutiva. Há que se considerar, ademais, os limites enfrentados pelo serviço, reflexos do cotidiano denso e diversificado próprio do “funcionamento CAPS”. Ainda assim, é viável pontuar que tal cotidiano se resignifica na construção do PTS de cada usuário, o que acaba por tornar qualquer rigidez de funcionamento anterior em dinamismo.

O CAPS ad de Samambaia-DF lida com todos esses desafios, e tem atuado de maneira tornar a construção do PTS de fato um acontecimento processual e mutável, mas ainda precisa avançar em todas as questões já descritas acima. A existência de instrumentos importantes permite agora à equipe avançar e aprofundar em sua aplicação, e na consideração dos dados para traçar objetivos e metas factíveis, aplicáveis e alcançáveis junto ao sujeito. Tais práticas mobilizam não apenas a equipe do serviço e os usuários, mas também a comunidade na busca por um cuidado que esteja de acordo com suas necessidades.

Nessa ótica, há que ainda prosseguir no trabalho de território que mobiliza pessoas, redes, ligações e conexões, reflete diretamente no cuidado com os usuários e no estímulo de

sua autonomia. O que repercute nas esferas de gestão, na abertura de novos serviços, e no avanço da aplicação das políticas em Saúde Mental.

A construção de um Projeto Terapêutico que seja de fato singular, carregado de características próprias e ousadia, com mobilização intersetorial, e bases na comunidade, no território, é sem dúvida, desafiadora, não somente para a realidade do serviço pesquisado, mas para a prática nos diversos contextos em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Ana Maria Cosvoski et al . Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 2, Abril 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27/01/2015.

BARROS, S.; BICHAFF, R.; SILVA, A. L. A. e; PITTA, A. M. F.; COVRE, E. M.; SOUZA, J. C. de; OLIVEIRA, M. A. F. de; NICÁCIO, M. F. de S.; VASCO, M. de S.; DELLOSI, M. E. **Desafios para a desinstitucionalização. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria de Saúde, 2008. 170 p.

BENEVIDES, Daisyanne Soares et al . Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. Botucatu , v. 14, n. 32, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27/01/2015.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan/abr. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14124/18942>. Acesso em: 31/01/2014.

BRASIL. **Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 28/01/2015.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28/01/2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 (*)**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0130_26_01_2012_rep.html. Acesso em: 28/01/2015.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. 173 p.

_____. Ministério da Saúde. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ª ed. Brasília, 2008. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. 17p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Acolhimento Nas Práticas De Produção De Saúde. 2ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. 46 p.

DOBIES, Daniel Vannucci; FIORONI, Luciana Nogueira. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. Botucatu , v. 14, n. 33, June 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27/01/2015.

FIGLIE, N. B.; PAYÁ, R. **Dinâmicas de Grupo e Atividades Clínicas Aplicadas ao Uso de Substâncias Psicoativas**. São Paulo: Roca, 2013. 634 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRIGOLO, T. M. **O CAPS me deu voz, me deu escuta: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva dos trabalhadores e dos usuários**. 2010. Brasília, 2010. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade de Brasília, 2010.

JORGE, Maria Salete Bessa et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, Julho de 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27/01/2015.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, Junho 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27/01/2015.

MÂNGIA, E. F. et al. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago., 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/13989/15807>. Acesso em: 31/01/2014.

MÂNGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F.; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. *Ver. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/1389/15708>. Acesso em: 31/01/2015.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. de O. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Ver. Ter. Ocup. São Paulo*, v. 20, n. 2, p. 85-91, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14061/15879>. Acesso em: 31/01/2014.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo/php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123008000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27/01/2015.

PINTO, Diego Muniz et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto – enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, set. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14/08/2014.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Abril, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27/01/2015.

3) USO DA DROGA PROBLEMA:

Tipo de Droga	1º uso	Frequência	Quantidade	Último uso
Alcool				
<i>Cannabis</i>				
Cocaína				
Merla				
Crack				
Sintéticos				
Tabaco				
Inalantes				
Psicotrópicos				
Múltiplas drogas				
Outros				

4) Descrição dos sintomas relatados pelo paciente e/ou família:

Sinais e sintomas observados no paciente

() Humor deprimido () Irritabilidade () Quadro de ansiedade () Nervosismo () Tremores

() Memória prejudicada () Alucinações auditivas e visuais () Fraqueza nos membros inferiores () Outros _____

5) Tratamentos já realizados (medicamentos, serviços anteriores, internações, outros):

Ideação Suicida: Já tentou suicídio? () Não () Sim Há quanto tempo? _____
Planejamento ("Já pensou como faria isso?"): () Não () Sim Como? _____

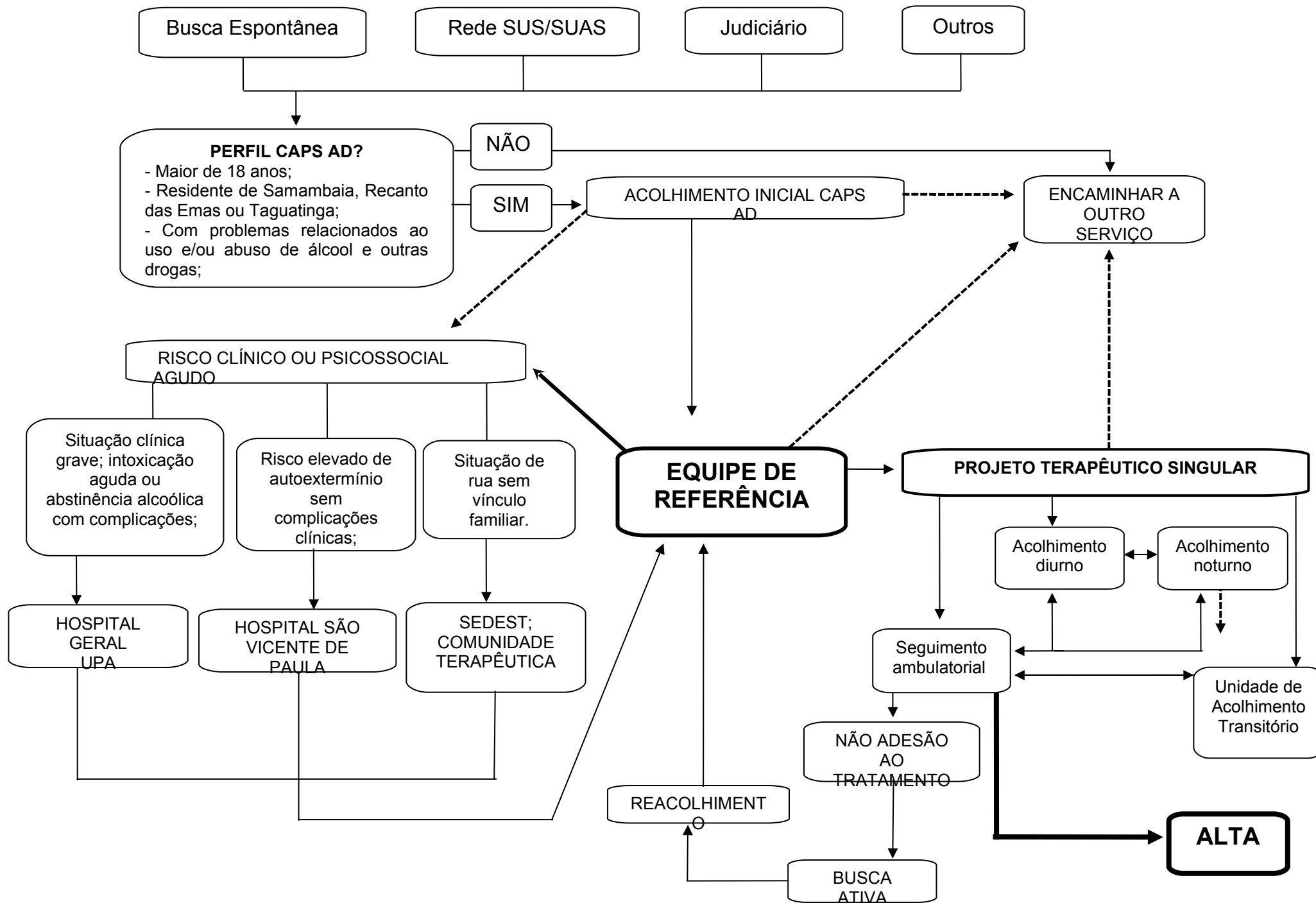
Tem acesso ao método? Qual? _____

6) Avaliação do estado geral do paciente (Estágio motivacional?)

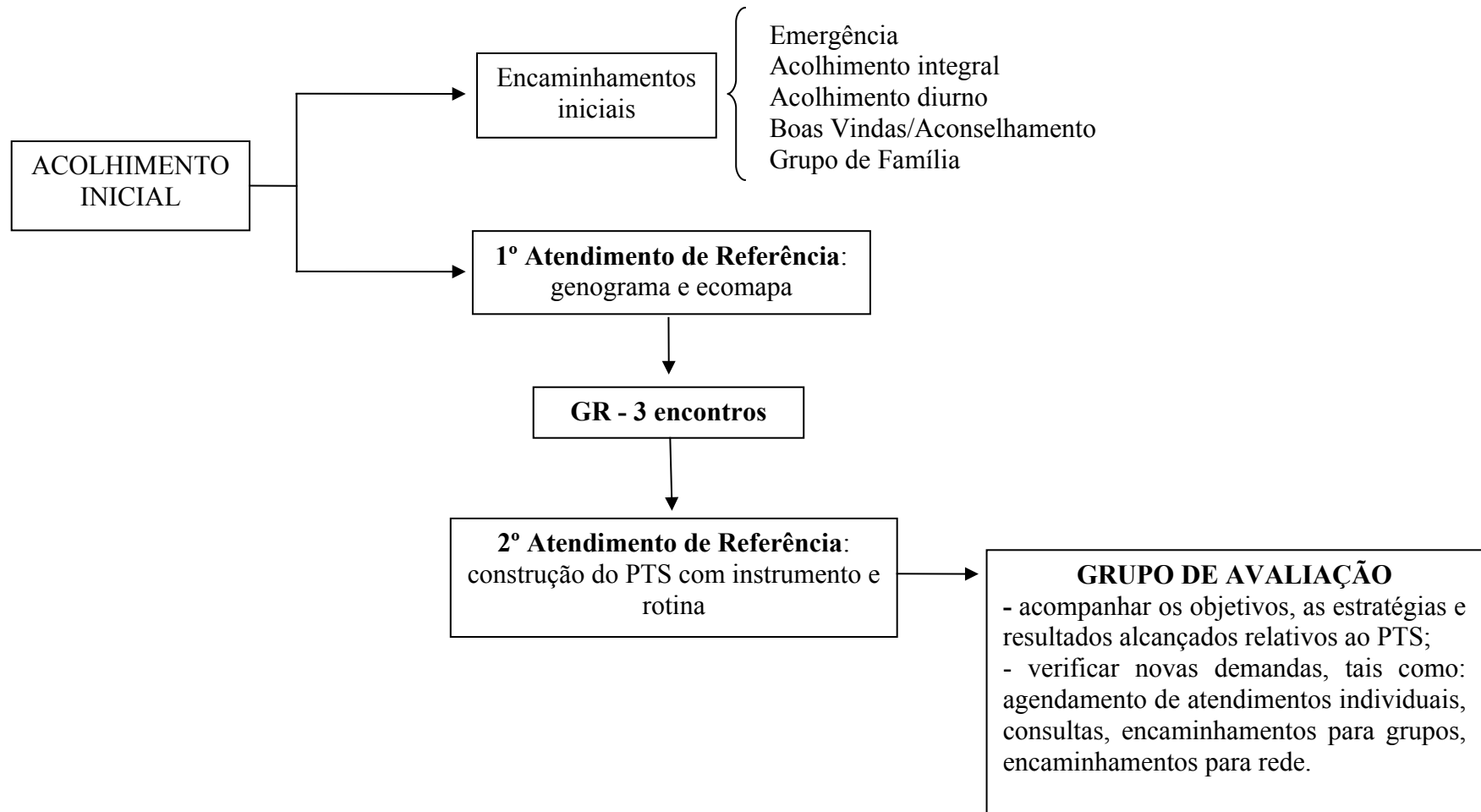
CONDUTAS/ENCAMINHAMENTOS

Sugestão de avaliação(ões):

Técnicos Responsáveis pelo Acolhimento
(Assinatura/Carimbo)

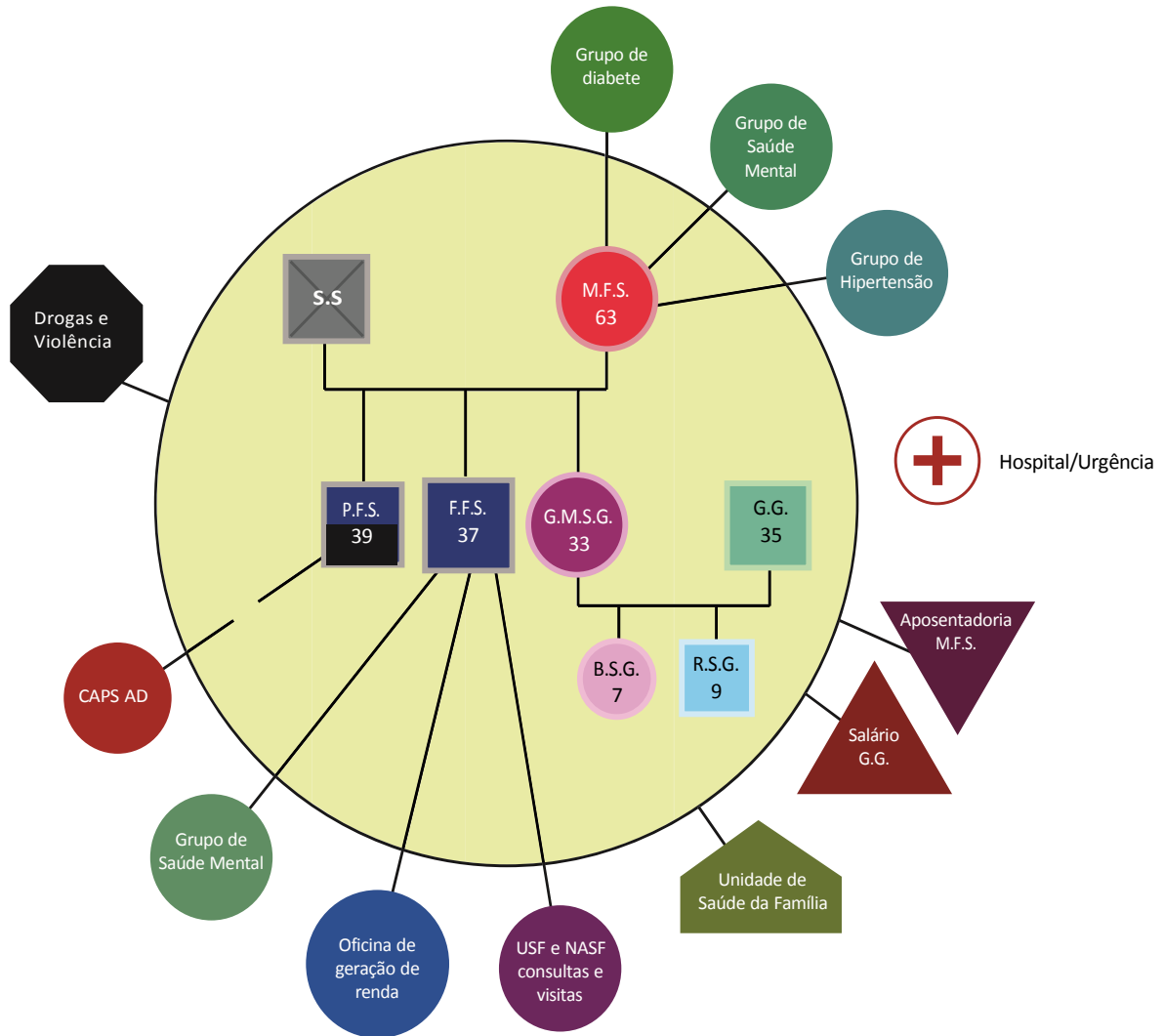


ANEXO C - Construção do PTS



ANEXO D - GENOGRAMA E ECOMAPA

Genograma e ecomapa de F.F.S. e sua família

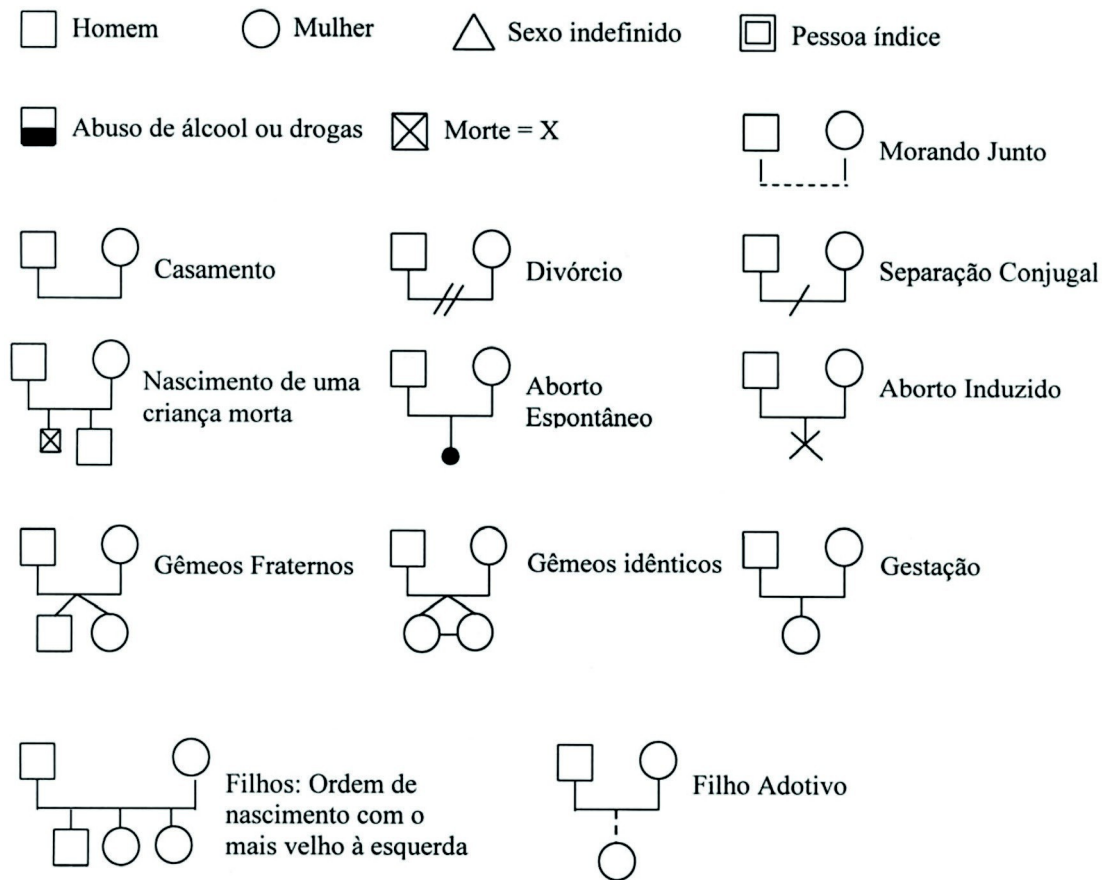


Legenda

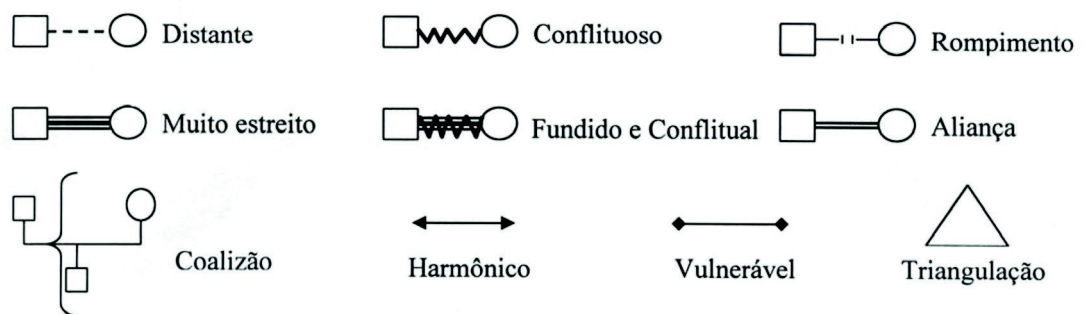
S.S. – Pai: falecido
M.F.S. – Mãe: apresenta sofrimento mental com delírios e alucinações e sintomas de depressão
P.F.S. – Irmão: usuário de álcool e <i>crack</i>
F.F.S. – Usuário: apresenta sofrimento mental intenso desde a adolescência com delírios, alucinações e sumiços de casa
G.M.S.G. – Irmã: cuidadora da família
G.G. – Cunhado: provedor financeiro
B.S.G. – Sobrinha
R.S.G. – Sobrinho

(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 20013, P. 74)

Símbolos do Genograma



Relacionamentos:



(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 20013, P. 75)

ANEXO E - FICANDO PARA HISTÓRIA**ANEXO 3 - Livro*****Ficando para a história*****Autor(a)**

Introdução

Todos nós somos únicos. Carregamos conosco uma história, experiências, vivências e lembranças. Neste livro, você terá espaço para colocar um pouco disso tudo.

O que for escrito aqui é pessoal. Esta produção será sua!

Aproveite!

Dedicatória

A quem você gostaria de dedicar o que escreverá aqui?

Pode ser a algum grupo, a alguém, a um propósito, instituição, causa, ou até você mesmo.

Caso você ainda não tenha certeza, deixe este espaço em branco e quando souber, escreva.

1º ENCONTRO: Fazendo história

Qual a primeira coisa que vem a sua mente quando você pensa em si mesmo(a)? Use as revistas e lápis de cor para colocar uma figura ou desenho com o qual você se identifique, que diga algo sobre você. Sinta-se a vontade para colocar o que quiser. Esforce-se. Caso não consiga ainda, continue pensando e coloque depois.

Pensando em mim...

Uma qualidade minha é...

Um defeito meu é...

O que me diverte?

O que eu gosto de fazer?

O que eu gostaria de aprender a fazer?

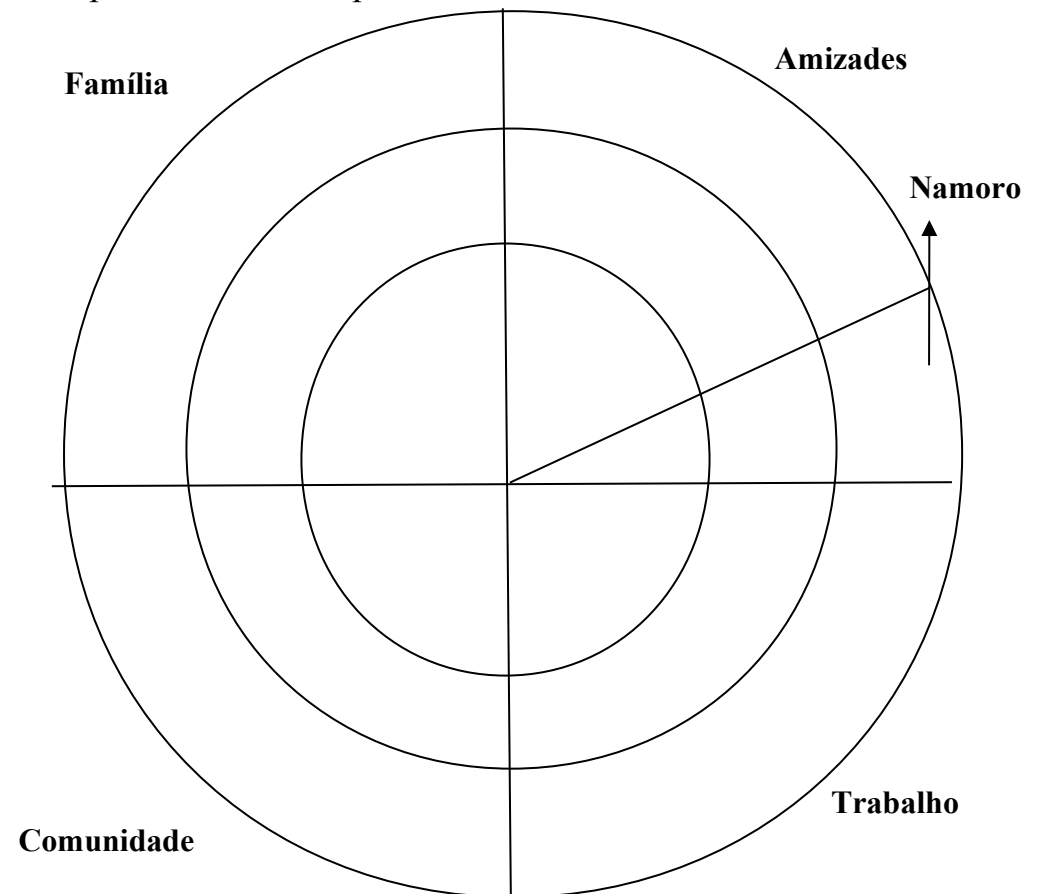
Qual a melhor lembrança da minha vida?

Qual a pior lembrança da minha vida?

Felicidade para mim significa...

2º ENCONTRO: Tecendo redes

Vamos conhecer um pouco sua rede social? Rede social, são pessoas que influenciam sua vida de alguma forma. Para isso construiremos um mapa. Este mapa está em forma de círculo, onde você se encontra no meio. Em cada nível, coloque nomes de acordo com o nível de proximidade e importância. Mãos a obra!



Pensando neste mapa escreva:

Uma pessoa que me ajudaria em uma situação difícil seria...

Uma pessoa que me aconselha seria...

Uma pessoa que me leva para diversão é...

Uma pessoa que se preocupa comigo é...

Família para mim significa...

Um lugar que procuraria ajuda seria...

3º ENCONTRO: Fazendo planos

Você já falou um pouco de você, das pessoas que você conhece... Agora é hora de fazer planos. Todos nós temos objetivos. Por mais simples que pensamos que eles sejam, eles são muito importantes. Vamos pensar agora em objetivos grandes, mas também em objetivos mais simples, aqueles que podemos alcançar com mais facilidade. Não adianta aqui colocar coisas inatingíveis. Pense naquilo que você consegue fazer agora. Mesmo que ainda necessite de ajuda de algumas pessoas. Isto não é problema. Nem tudo poderemos fazer sozinhos. Mas antes dos planos vamos pensar em algumas coisas.

O que me deixa mais feliz em minha vida?

O que me deixa mais triste em minha vida?

E no o tratamento?

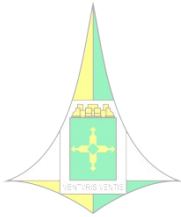
Quais são meus objetivos na vida?

O que eu consigo fazer sozinho para alcançar estes objetivos?

O que eu ainda preciso de ajuda e quem poderá me ajudar?

Pronto, os objetivos estão postos, vamos trabalhar para alcançá-los? Use o livro para te lembrar, estimular e ajudar! Mãos a obra!

ANEXO F - FICHA DE ACOLHIMENTO SES-DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
DIRETORIA DE SAÚDE MENTAL – DISAM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS AD III – SAMAMBAIA



FICHA DE ACOLHIMENTO

DATA: ___/___/_____

Hora: _____

7) IDENTIFICAÇÃO

Data de Nascimento: ___/___/_____

Nome: _____ Cartão

SUS: _____

Filiação: _____

Endereço: _____ CEP _____

Idade: ___ Sexo: ___ Naturalidade: _____ UF: _____

RG _____ CPF _____

Contato (nome/telefone): _____

Escolaridade:

() Analfabeto () Analfabeto funcional () alfabetizado () Fundamental Incompleto () Fundamental

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio () Superior Incompleto () Superior

Religião: _____ () Praticante () Não Praticante

Estado civil: () Solteiro () Casado () União estável () Separado () Divorciado () Viúvo

Profissão: _____ Situação

Profissional: _____

Demanda: () Espontânea () Judicial () Educação () Encaminhamento da Rede () Outros

Em situação de rua? () Sim () Não A quanto tempo?

Tempo que reside no DF: _____ Tipo de moradia: () Apartamento () Casa ()

Barraco () Casa de fundo () Outros _____ () Situação de rua. Há quanto tempo? _____ Onde? _____

Com quem reside () Sozinho () Familiares () Amigos () Outros Renda familiar _____

Tem filhos? () Sim () Não Se sim, quantos _____ Mantém vínculos familiares? () Sim () Não

Disponibilidade de participação no tratamento? () Sim () Não () Indiferente

Membro da família a ser convidado _____ Grau de parentesco _____

2) ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE? () Sim () Não

Profissional: _____ Fone: _____

Instituição _____

Fone: _____

3) PESSOA(S)

DE

REFERÊNCIA: _____ Fone: _____

Suporte emocional () Funcional () Prejudicado () Inexistente
 Rede social (se frequenta): () CRAS () CREAS () Conselho Tutelar () Igreja () Grupos
 () Outros QUAL: _____ Recebe algum benefício: SIM () NÃO () Se sim,
 qual (is) _____ () BPC () Auxílio doença () Bolsa
 Família () Aposentadoria () Pensão por morte () Cesta básica Passe livre: () NÃO SE SIM: ()
 Estadual () Interestadual

4) MOTIVOS DA PROCURA POR ATENDIMENTO:

5) HISTÓRICO DE USO E CONSUMO DA SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, TIPO DE DROGA, VIA DE ADMINISTRAÇÃO, FREQUÊNCIA, QUANTIDADE, RELEVÂNCIA

Tipo de Droga	Primeiro uso	Frequência	Quantidade	Último uso
Álcool				
Cannabis				
Cocaína				
Merla				
Crack				
Sintéticos				
Tabaco				
Voláteis				
Psicotrópicos				
Outros				

6) Descrição dos sintomas relatados pelo paciente e/ou família:

7) Tratamentos já realizados (medicamentos, serviços anteriores, internações, psicoterápicos, outros):

8) História familiar do paciente (antecedentes familiares, convivência, conflitos, prejuízos)

9) História de vida do paciente (aspectos escolares, trabalho, atividades de lazer, recursos comunitários, eventos significativos e fatores de proteção):

10) Tem alguma atividade de interesse pessoal? (atividades lúdicas, artesanato, grupos de partilha)

11) Expectativas do Tratamento:

12) Avaliação do estado Geral do Paciente:

LOTE (lúcido e orientado no tempo e espaço) BEG (Bom Estado Geral)

Motivação para o tratamento _____ (Estágio Motivacional)

Percepção do problema _____ (Consciência do problema)

12.1 Sinais e sintomas observados:

Humor deprimido Irritabilidade Convulsões Quadro de ansiedade Insônia

Alucinações auditivas e visuais Tremor leve Odor de álcool Irritação nasal (sugestivo de inalação de cocaína) Irritação das conjuntivas (sugestivo de uso de maconha) Taquicardia e/ou arritmia cardíaca “Síndrome da higiene bucal” (mascarando o odor de álcool) Odor de maconha nas roupas

12.2 Ideação Suicida: Não Sim Vaga Específica

Já tentou suicídio no passado? Não Sim Há quanto tempo? _____

Intensidade do pensamento (0-10) _____ Frequência: Mensal Semanal Diária Outra _____

Se diária, qual o turno prevalente? manhã tarde noite

Planejamento (“Já pensou como faria isso?”): Não Sim Como?

Tem acesso ao método? Qual?

13) Plano Terapêutico Individual (PTI) Inicial:

Dia/Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Matutino 8:00 as 12:00							
Almoço 12:00							
Vespertino 14:00 as 18:00							
Jantar 18:00							
Noturno 19:00 as 23:00							

(Obs. Os itens em negrito não devem ser feitos por profissionais do nível médio)

Técnico Responsável pelo Acolhimento: _____
(Nível Superior e Nível Médio)