

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

FERNANDA BRAZ MACEDO BREDERODES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DA
GESTÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL E
SEUS FAMILIARES NA USF PRATEADO MUNICIPIO DA
PEDRA - PE**

**RECIFE
2011**

FERNANDA BRAZ MACEDO BREDERODES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO
AOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL E SEUS FAMILIARES NA USF PRATEADO
MUNICÍPIO DE PEDRA - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços em saúde.

Orientadora: Prof^a Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R672i Brederodes, Fernanda Braz Macedo.

Projeto de Intervenção para Qualificação da Gestão do Cuidado aos Usuários de Saúde Mental e seus Familiares na USF Prateado Município de Pedra- PE. / Fernanda Braz Macedo Brederodes. - Recife: [s.n.], 2011.

31 p.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo

1. Projeto Terapêutico Singular. 2. Usuário. 3. Família. 4. Equipe Saúde da Família. 5. Interdisciplinar. I. Melo, Telma Maria Albuquerque Gonçalves de. II. Título.

CDU 614.39

FERNANDA BRAZ MACEDO BREDERODES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO
AOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL E SEUS FAMILIARES NA USF PRATEADO
MUNICÍPIO DE PEDRA - PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços em saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo
UPE

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
CPqAM/Fiocruz/PE

Dedico

Aos usuários e familiares do CAPS Espaço Azul Pedra-PE que me ensinam diariamente e contribuem de maneira única para meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, a quem devemos pela existência de tudo e de todos.

Aos meus pais Ezequiel Braz Macedo e Maria do Socorro Braz Macedo, pela dedicação de suas vidas a proporcionar condições de estudo aos filhos, pelo amor, confiança e estímulos a mim dirigidos.

Ao meu marido César e aos meus filhos Filipe e Bárbara, pelo incentivo, pelo carinho e por tantos momentos que estive ausente para realização deste trabalho.

Ao Gestor Municipal de Saúde da Pedra/PE, Dr. Guilherme Braz Macêdo, pelo incentivo prestado aos funcionários em busca da qualificação profissional.

A todos os colegas da turma da Pós Graduação, com quem pude compartilhar momentos de estudo e diversão.

Aos amigos Aldemir, Gilsele e Virginia pelos momentos significativos durante todo o curso, pela possibilidade de dividir alegrias, sofrimentos, angústias, prazeres.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães através dos Coordenadores, Professores e seus técnicos, em especial a Semente quem participou de toda a jornada da Pós Graduação.

À minha orientadora Telma Melo que a distância contribuiu significativamente pela realização deste trabalho.

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

(BOFF, 1999, p. 33)

BREDERODES, Fernanda Braz Macedo. **Projeto de Intervenção para Qualificação da Gestão do Cuidado aos Usuários de Saúde Mental e seus Familiares na USF Prateado Município de Pedra - PE.** 2011. Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas não somente no plano biológico, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. A construção do PTS se dá com base nas necessidades de saúde de cada usuário, mediante esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família com intuito de promover saúde mental. O presente projeto tem por objetivo a construção do Projeto Terapêutico Singular pela Equipe de Saúde da Família Prateado para qualificar a gestão do cuidado dos usuários do ambulatório de saúde mental e seus familiares. Para o desenvolvimento deste projeto será feito inicialmente capacitação dos profissionais de saúde quanto ao cadastramento dos usuários do ambulatório de saúde mental. Após isso será realizada capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde sobre as abordagens aos usuários e familiares nas visitas domiciliares possibilitando diagnósticos prévios, minimizando as diferenças, as crises. Com este projeto de intervenção, pretendemos mostrar todo contexto que envolve a construção do Projeto Terapêutico Singular pela equipe de saúde da família, ao usuário do ambulatório de saúde mental e sua família, fragilizados pelo adoecer e suas conseqüências. Diante disso, torna-se necessário compromisso, responsabilidade, disponibilidade, intersetorialidade, conhecimentos profissionais e tecnológicos e compromisso ético para proporcionar um novo olhar na construção do PTS, bem como diante da relação e convívio entre trabalhador/usuários/família dentro de um contexto interdisciplinar, visando a melhoria do atendimento ao usuário de saúde mental da Unidade de Saúde da Família Prateado.

Palavras-Chave: Projeto terapêutico singular, usuário, família, equipe saúde da família, interdisciplinar.

BREDERODES, Fernanda Macedo Braz. **Intervention Project Management Qualification of Care for Mental Health Users and their Families in the USF Silver City Stone - PE**. 2011. Monograph (Specialization System and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

ABSTRAT

The Therapeutic Project Singular (PTS) is a set of proposed therapeutic hinged not only on the biological level, for an individual subject or collective result of collective discussion of an interdisciplinary team, with matrix support if necessary. The construction of the PTS is given based on the health needs of each user through mutual effort between worker / user / family in order to promote mental health. This project aims to build the Therapeutic Project for Single Family Health Team Silver qualify for the care management of users of outpatient mental health and their families. For the development of this project will be done initially training of health professionals regarding the registration of users of mental health outpatient clinic. After this training will be held with the Community Health Agents on approaches to patients and families in home visits enabling previous diagnoses, minimizing the differences, crises. With this intervention project, we intend to show any context that involves the construction of the Project by the Therapeutic Singular family health team, the user's outpatient mental health and his family, weakened by illness and its consequences. Therefore, it becomes necessary commitment, responsibility, availability intersectionality, professional knowledge and technological and ethical commitment to provide a new look at the construction of the PTS, as well as on the relationship and interaction between worker / users / family within an interdisciplinary context, resulting in the improvement of the service user's mental health unit Family Health Silver

Keywords: Unique therapeutic project, user, family, family health team, interdisciplinary

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	O Princípio: Reforma Psiquiátrica	14
3.2	O Projeto Terapêutico Singular	15
3.3	Relação Trabalhador/Paciente/Família	18
4	OBJETIVOS	21
4.1	Objetivo Geral	21
4.2	Objetivos Específicos	21
5	METAS	22
6	PLANO OPERATIVO	23
7	ESTRATÉGIAS	24
8	ASPCTOS OPERACIONAIS (CRONOGRAMA)	25
9	ORÇAMENTO	26
10	ASPECTOS ÉTICOS	27
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de constituição da política de Saúde Mental, teve como características: a redução gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos e a expansão da rede de serviços substitutivos. Tomou como princípios a inclusão e a participação dos usuários, familiares e comunidade no processo e a manutenção das pessoas com transtorno mental em seu contexto social.

Com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de saúde mental propôs estratégias visando superar as práticas baseadas exclusivamente no conceito biomédico e com a assistência voltada para a doença, ou seja, o cuidado centrado na remissão dos sintomas e como a concepção sobre a periculosidade e incapacidade presumida da pessoa com transtorno mental. Esse conjunto de desafio implica nas mudanças nas práticas assistenciais e na organização da rede de cuidados (BRASIL, 2007).

A unidade familiar é a base de um organismo vivo e organizado, onde seus membros desempenham funções específicas. Uma de suas principais funções na sociedade é a de garantir a reprodução da espécie e favorecer a transmissão de cultura, possuindo anatomia e fisiologia próprias, por isto podem sofrer distúrbios, stress e feridas como resultados de acontecimentos, tanto externos como internos, à sua estrutura de poder, papéis e funções que são distribuídos entre os seus membros (BALLINT, 2005).

Cada família possui características peculiares com esquemas próprios e estratégias desenvolvidas que são importantes para a sobrevivência e a qualidade de vida de seus membros, mesmo que por vezes possam ser destrutivas. Cada família tem os seus mitos, segredos e ritos que podem ter influência da sociedade da qual faz parte, mas que também pode se manifestar muito particularmente em cada grupo, podendo se observar na forma de celebrar datas importantes, festas religiosas, durante processos de doença, nas atividades corriqueiras do dia-a-dia (BALLINT, 2005).

A comunicação é um elemento fundamental para que os diversos membros de uma família se relacionem e possam trabalhar a questão da doença de forma adequada. Esta transmissão de informação tem como objetivo propiciar o equilíbrio entre os seus membros, favorecendo a interação e as adaptações que venham a ser necessárias. Quando ocorre uma boa comunicação entre os membros de uma família,

os desejos e necessidades de cada um podem ser expressos e elaborados. Na ocorrência de distúrbios na comunicação, conflitos podem surgir perturbando o funcionamento desse grupo. Este tipo de situação acontece quando a família está passando por uma crise, como é o caso de uma doença física ou psíquica de algum de seus membros (BALLINT, 2005).

Deve-se ressaltar que não é a crise em si que dispara esses distúrbios, e sim a forma como a família reage, principalmente se cada membro do grupo crê que diferentes estratégias devam ser utilizadas. Em cada família devemos observar o grau de adaptabilidade, a possibilidade de alterar suas próprias estruturas diante de uma emergência ou em situação de crise, caracterizando-se pelo grau de flexibilidade (BRASIL, 2007).

Nas famílias rígidas, os papéis são estruturados de forma a não permitir nenhuma alteração. Os seus membros vão usar sempre as mesmas estratégias para lidar com a crise, mesmo quando elas se mostram ineficazes. Em outro extremo, encontramos famílias onde impera o caos, não há regras e limites estabelecidos dificultando a tomada de decisões compartilhadas.

Os referidos elementos são identificados de forma recorrentes nas famílias de usuários com transtornos psíquicos acompanhados na rede de saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios ou Unidades de Saúde da Família (USF).

Problematizar a melhor forma de cuidar dos usuários e familiares da rede de saúde mental do município da Pedra surgiu a partir da prática da autora enquanto gestora no referido município. As diversas problematizações teórico-práticas tiveram como consequência a elaboração de um projeto de intervenção visando à qualificação da gestão na USF do Prateado no referido município, em relação ao tipo de cuidado oferecido pelo serviço aos usuários de saúde mental e seus familiares.

2 JUSTIFICATIVA

O trabalho será implantado no município da Pedra localizado na mesorregião do Agreste meridional, ocupa uma área de 803 Km², situado a 275 Km da capital pernambucana e possui uma população de 20.789 habitantes, limita-se, geograficamente, ao norte com os municípios de Pesqueira e Arcoverde, ao sul com os municípios de Águas Belas, Iati e Paranatama, ao leste com município de Venturosa e Alagoinha e ao oeste com o município de Buíque (PERNAMBUCO, 2010).

A agropecuária é a principal atividade econômica do município, mais especificamente, a economia da cidade baseia-se na intensa produção de leite. Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da Pedra é 0,601. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8).

Sua regional de saúde pertence à VI GERES, cuja gestão é plena de atenção básica. Tem como fonte econômica a agropecuária e agricultura contando com 1639 propriedades entre pequenas e médias; pecuária com criação de bovino, de leite, fruticultura e agricultura de subsistência. O fundo e o Conselho Municipal de Saúde foram criados em 1991, registrado pela Lei 853/91, de 13 de Setembro de 1991 (PERNAMBUCO, 2010).

A rede municipal de assistência à saúde do município da Pedra abrange, um hospital municipal, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). A Atenção Básica é promovida através de nove Equipes Saúde da Família, seis na zona rural e três na zona urbana, com paridade em Saúde Bucal e cinco Unidades avançadas, atingindo uma cobertura de 100% do território (PERNAMBUCO, 2010).

A USF Prateado é composta pela equipe de saúde da família com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar em saúde bucal e oito agentes comunitários de saúde. Abrange uma parcela da população com 1.447 famílias, 4.820 pessoas em seu território (BRASIL, 2011). Atualmente estão cadastrados no ambulatório de saúde mental 196 usuários em sua grande maioria com diagnóstico de dependentes de benzodiazepínico, insônia,

depressão leve e moderada, epilepsia e poucos casos de esquizofrenia, sendo alguns destes usuários em alta do CAPS Espaço Azul Pedra-PE.

Há famílias em que a proximidade dos membros é tão intensa que os mesmos não têm condição de expressar a sua individualidade. Situações estressantes estão sempre acontecendo, algumas delas previsíveis, como o nascimento e desenvolvimento dos filhos. Outras são imprevisíveis como a perda de emprego, doenças ou morte. Nestas últimas situações, quase sempre, não há antecipação, nem preparação, apenas variam na sua duração e intensidade.

Cada família tem a capacidade própria de avaliar cada uma destas situações e buscar estratégias de enfrentamento. Se o problema é externo, pode ser considerado como um acidente ou como algo que não poderia ter sido previsto. Quando o problema é reconhecido como sendo peculiar à dinâmica familiar, a situação é mais complexa e difícil de lidar. Demonstramos interesse nesse projeto por atuar na área técnica do CAPS Espaço Azul Pedra-PE e em outro momento na gestão como forma de contribuir na prevenção e assistência do município.

Em face do exposto, o presente projeto tem por objetivo a construção do Projeto Terapêutico Singular pela Equipe de Saúde da Família Prateado para qualificar a gestão do cuidado dos usuários do ambulatório de saúde mental e seus familiares.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Princípio: Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica superou com êxito incontestável sua primeira etapa. O País já se acostumou à ideia de que a profunda mudança assistencial, recomendada pela Lei nº 10.216 de 2001, é sensata, factível, racional e eficiente. Certamente, ainda temos muitos problemas, mas o caminho está sendo trilhado (BRASIL, 2005). Até janeiro do ano de 2009, o Brasil tinha 1.326 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o país, sendo 46 em Pernambuco (BRASIL, 2009).

A Reforma Psiquiátrica se caracteriza pelo processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma psiquiátrico. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início de forma mais concreta a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1992).

A Reforma Psiquiátrica teve como uma de suas propostas trazer a loucura para o seio familiar. Dessa forma, vemos que ocorre grandes transformações na concepção e cuidado ao usuários com transtornos mentais. Se antes o louco era afastado da família por ser uma “ameaça”, ele agora é inserido nesse grupo, a partir do qual pode receber subsídios para a vida em sociedade. Com esta mudança, surgem as dificuldades enfrentadas pelos familiares diante desse novo encargo: lidar com a loucura de forma tão próxima e ainda ser parte imprescindível da reinserção social do portador de transtorno mental (PIMENTA, 2008).

No Brasil, a atual Política de Saúde Mental, ao incentivar a criação de serviços alternativos ao modelo asilar, evidencia a necessidade de inclusão da família do paciente psiquiátrico no tratamento, tanto para proporcionar suporte ao membro doente, como para receber ela mesma cuidados específicos (BRASIL, 2004).

Em face às atuais Políticas Públicas brasileiras de Saúde Mental, que priorizam a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência, a importância da família para o tratamento é cada vez mais evidenciada. Neste contexto, torna-se

imprescindível identificar a compreensão das famílias a respeito da doença mental e das possíveis formas de seu tratamento, o que pode auxiliar na articulação do cuidado das equipes de saúde mental não apenas em direção ao usuário, mas também em direção aos seus familiares (ORTIZ; TOSTES, 1992).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são responsáveis pela saúde mental da área territorial de referência e um de seus desafios consiste em conseguir sair da instituição e tornar-se um lugar que não só atenda bem as pessoas, mas que promova uma articulação social e intersetorial, em especial com as Unidades de Saúde da Família, onde nesse caso é realizado o atendimento ambulatorial de saúde mental. Suas ações e espaços precisam ser ampliados e estruturados sistematicamente de forma a ocupar outros territórios de cuidados. E nesse a parceria entre CAPS e USF se mostra estratégica na busca da construção de um novo saber, apesar da grande resistência existente nos profissionais da atenção básica.

A realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial que, para Saraceno (1999), é o "processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social". Para tal se faz necessário envolver e articular todas as organizações sanitárias e priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território.

3.2 O Projeto Terapêutico Singular

O conceito de projeto terapêutico está em construção, modificando-se junto com a história do SUS, do Movimento Sanitário e da Reforma Psiquiátrica. Evidenciamos a importância do projeto terapêutico como dispositivo de integração e organização de equipes profissionais de saúde. Podemos afirmar que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. O entendimento sobre o conceito de vulnerabilidade implica em colocar em evidência as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelo coletivo, em suas relações com o mundo, no seu contexto social. Desse modo, o

desenvolvimento de um olhar sobre vulnerabilidades, deve implicar, necessariamente, a consideração dos contextos singulares dos indivíduos e coletivos envolvidos (OLIVEIRA, 2008). A singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, pois em função de um sujeito singular e junto com ele, é planejada a ação de saúde a ser ofertada para alcançar o objetivo de produzir saúde (ARANHA; SILVA, 2005).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas não somente no plano biológico, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Ou seja, é uma forma de proporcionar um cuidado baseado em uma clínica que envolve a articulação de aspectos biopsicossociais dos sujeitos e de seus familiares, permitindo uma aproximação maior com o paciente de um modo integral, observando as necessidades evidenciadas no decorrer do projeto.

É proposto então, que sejam definidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (BRASIL, 2007), cabendo à equipe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele quem dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde. É preciso verificar as intenções, as linhas de força que interferem na relação profissional-usuário para produzir caminhos para o cuidado e qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2007).

Como o PTS se dá com base nas necessidades de saúde de cada usuário, mediante um esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família com intuito de promover saúde mental e visa buscar a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação e contém quatro momentos: **1. Diagnóstico:** avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e vulnerabilidade do usuário; **2. Definição de metas:** após diagnóstico realizado pela equipe, surgem às propostas de curto, médio e longo prazo negociadas com o usuário pelo membro da equipe que tiver melhor vínculo, geralmente quem participa do seu acolhimento; **3. Divisão de responsabilidades:** definição das tarefas com clareza de cada membro da equipe; **4. Reavaliação:** momento de discussão da evolução do PTS e se farão necessárias às devidas correções, reorganização da vida, incluindo as possíveis perdas, conquistas, realizando as adaptações necessárias, organizando novos investimentos em atividades que possam ser realizadas para melhor entender o usuário, familiar e seus conflitos decorrentes da doença (BRASIL, 2006).

Cada membro da família pode passar por diversas fases, que nem sempre são obrigatórias e coincidentes em tempo e intensidade, provocando desequilíbrio, mal-estar e necessidade de novas formas de relacionamento entre os seus membros. O surgimento ou o acompanhamento de um ente querido com transtorno mental vai provocar uma reorganização na sua estrutura e distribuição de papéis. Dependendo do lugar que o usuário ocupa na família (BALLINT, 2005).

Na situação de doença cada família terá a sua forma e ritmo próprio, tornando-se difícil determinar um padrão de comportamento específico e cada um de seus membros pode reagir de maneiras muito diversas, podendo estar relacionado com a forma como significa e interpreta a doença. Se uma pessoa pensa que a sua doença é resultado de eventos, de circunstâncias externas ou de sua responsabilidade, ela é associada à culpa ou castigo. Se a pessoa acredita ser merecedora daquela enfermidade, isto pode interferir de maneira bastante intensa na forma como vai enfrentar a doença, e como vai aderir aos tratamentos (BALLINT, 2005).

De uma maneira geral, as pessoas que assumem a responsabilidade pela sua vida, aderem mais fortemente ao tratamento. Quando atribuem a doença ao acaso ou culpam os outros, a situação torna-se mais delicada, e a atuação da equipe na construção do PTS diante do quadro requer maior habilidade; requer escolha dos casos para reuniões (entendendo reuniões como espaço de diálogo onde todos profissionais têm direito a voz e opinião) situações mais graves ou difíceis onde serão discutidos, ressaltando neste momento que o mais importante é o vínculo dos membros dessa equipe com o usuário e a família em foco; requer tempo, disponibilidade para formulação e acompanhamento do PTS com aprendizado e transformação que vai se construindo aos poucos, sem regras fixas, em um processo relacional, gradual e complexo (BRASIL, 2006).

É importante lembrar que as reuniões de equipe também constituem um espaço permeado de transferências. Moura (2003) enfatiza que nesse momento é preciso que as pessoas possam falar livremente sobre o usuário, sua história e relações, além dos sentimentos positivos e negativos que ele desperta em cada membro. Para que isso ocorra é imprescindível que haja uma descolagem no plano da hierarquia, tanto entre os participantes da reunião, quanto entre estes e o usuário para que possam aprofundar os sentimentos que os afetam como pessoas e que são decorrentes dessa relação.

A ideia de responsabilização dos atores sociais envolvidos na atenção psicossocial remete para a parceria com a comunidade, visando o grau de autonomia e ações norteadas por uma ética de solidariedade. Usuário, família, equipe e território são espaços de vida, de sentimentos, que nos abrem caminhos possíveis para a implementação da parceria no cuidado em saúde mental.

3.3 Relação Trabalhador/Paciente/Família

Até o momento falamos de um dos elementos da relação que é o usuário e a família para a construção do PTS. Fazendo parte desta relação surge em 1991 o Programa de Saúde da Família, iniciando suas atividades em 1994. Dentre as suas diretrizes, algumas apontam na direção da definição de territórios, como “adscrição de população” vinculada a uma unidade básica; “território de abrangência”, entendido como a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família e, a “territorialização”, vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência.

As equipes da estratégia Saúde da Família são responsáveis por um recorte territorial segundo agregados de família a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas), que pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou rurais.

A estratégia focaliza o atendimento na saúde das famílias, incluindo atividades de promoção e prevenção de saúde, onde fica implícita a atuação sobre os ambientes e reprodução social delas aproximando os profissionais do cotidiano da vida das pessoas sob seus cuidados – integrais e humanistas - que auxiliem na melhoria das condições de vida da população e na produção de saúde (BRASIL, 2006).

Ao levarmos em consideração a perspectiva histórica, percebemos que a proposta de criação dos CAPS's surge em paralelo com a implementação do Programa de Saúde da Família, em resposta ao processo de redemocratização no país, que no âmbito da saúde teve como marcos a reforma sanitária e a tentativa de viabilizá-la através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizando assim, que CAPS e PSF trabalhem conjuntamente (JUCÁ et al, 2009).

Para falar da relação entre o trabalhador, o paciente e a família temos que atentar para a complexidade dos elementos que lhe são inerente. Destacamos entre

outros elementos, o fato da prevalência em ascensão das doenças crônicas e dos transtornos mentais, com um tempo de duração de anos a partir do seu diagnóstico, implicando em recidivas e retorno ao ambiente familiar o que por sua vez demanda das equipes de referência o planejamento de PTS considerando a unidade de cuidados – com equipe de saúde, família e não só com o usuário e sua doença (BRASIL, 2006).

O trabalho da equipe nesse contexto implica além do trabalho conjunto, a organização do processo de trabalho envolvendo o acolhimento, diagnóstico e tratamento adequado. A confiança no diagnóstico e nos tratamentos também se faz por uma relação estabelecida pelo respeito, por se tratar de seres humanos, com necessidades singulares. A relação entre a equipe de saúde, usuários e familiares se pauta sobre alguns pilares essenciais, alguns dos quais já mencionados, e que irão ser mais bem detalhados, como por exemplo, a comunicação, uma escuta atenta ao sofrimento e necessidades no processo de cuidado (BRASIL, 2006).

Essa proposta de escuta se baseia no princípio ético de respeito ao ser humano e busca de oferecimento de qualidade de vida e dignidade ao paciente. Pressupõe também que se acredita na competência do ser humano para saber de sua vida, mesmo quando está doente, que é capaz de falar de si, e também participar da decisão do que vai lhe acontecer com base na aceitação ou não de determinados tratamentos, configurando o sentido de autonomia.

O trabalho na perspectiva da autonomia demanda uma ancoragem na qualidade de informações que são passadas para esses usuários, tanto no que se refere ao conteúdo quanto ao modo com são repassadas. Esses pontos são fundamentais para que uma comunicação eficaz possa se configurar, pressupondo uma nova atitude em que os sujeitos dialoguem sem hierarquias no processo do cuidado (BRASIL, 2006).

Campos (2003) ao falar dessa nova forma de ver o usuário traz o conceito de Clínica Ampliada superando a redução do sujeito a um diagnóstico e tendo como proposta ser um instrumento para que trabalhadores e gestores da saúde possam enxergar e atuar na clínica para além de fragmentações e dicotomização entre saberes e práticas disciplinares, reconhecendo e utilizando os saberes e potencial de cada um, incluindo aí o próprio usuário. Tenta-se com isso romper com relações desiguais, onde só um dos elementos é provido de saber, em geral o médico ou

enfermeiro da USF, e o outro assume um lugar submisso e passivo: o usuário, ou paciente como bem a palavra detalha.

Como instrumento estratégico para essa abordagem, temos o PTS que possibilita a construção da história clínica do sujeito a ser cuidado, entre outros elementos da referida história se observa o sentido da doença para o usuário, suas singularidades, os projetos de vida e desejos, as atividades de lazer. Esse resgate histórico ocorre quando a equipe é capaz de garantir espaços protegidos e acolhedores para que os sujeitos e suas famílias possam expressar os seus sentimentos (BRASIL, 2006).

Segundo Jucá et al (2009) reconhecer os sinais que são indicadores do sofrimento mental não parece ser uma tarefa mais difícil para os profissionais que atuam nas unidades de USF, porém, pensar em hipótese diagnóstica e em estratégias de ação, são tarefas em que são evidenciadas as dificuldades.

Dentro desse contexto, a equipe multidisciplinar, trabalha no sentido de manter o equilíbrio emocional necessário para que a continuidade do trabalho seja satisfatória, de maneira que ela atenda não somente aos anseios e expectativas dos usuários e seus familiares, como também de todos envolvidos no processo de construção e reinserção social dos usuários do ambulatório de saúde mental, reconhecendo os limites, dificuldades, necessidade de ajuda e educação continuada e principalmente desejo de pensar “o novo”, de possibilidades e aceitar possíveis críticas.

Um serviço que acolha os casos eventuais e distinga as diferentes necessidades e a gravidade de cada usuário, se responsabilizando e diferenciando a atenção, terá resultados infinitamente melhores mesmo tendo os mesmos recursos de materiais e de pessoal (TENÓRIO; VIANA, 2008).

Esperamos com este projeto de intervenção possibilitar, através da qualificação da equipe da USF Prateado, a abertura de novas formas de tratamento aos usuários de saúde mental desta unidade de modo que a doença não seja vista como um empecilho na relação equipe/usuário/família/sociedade e sim como algo passível de transformação e de oportunidade de novas vivências.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Qualificar a gestão do cuidado dos usuários de saúde mental e seus familiares na Unidade de Saúde da Família Prateado do município da Pedra, através da implantação do Projeto Terapêutico Singular.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Discutir com a equipe sobre o processo de trabalho na gestão do cuidado dos usuários de saúde mental e seus familiares;
- b) Identificar as necessidades de suporte teórico para gestão do cuidado.
- c) Sensibilizar e capacitar toda a equipe quanto a construção do Projeto Terapêutico Singular e abordagens aos usuários de saúde mental e seus familiares;
- d) Cadastrar todos os usuários do ambulatório de saúde mental que frequentam a USF Prateado;
- e) Organizar o processo de trabalho da equipe para sistematizar a gestão do cuidado dos usuários e familiares cadastrados.

5 METAS

- a) Realizar sensibilização e capacitação com todos profissionais da ESF Prateado quanto à construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários de saúde mental;
- b) Cadastrar 100% dos usuários de saúde mental;
- c) Construir o projeto de gestão do cuidado dos usuários e familiares cadastrados;

6 PLANO OPERATIVO

A primeira etapa do plano a ser desenvolvido será a realização de sensibilização e capacitação a Equipe Saúde da Família do Prateado, com o objetivo de conscientizar os profissionais quanto à importância da construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários de saúde mental, nas reuniões semanais de equipe para definição de proposta de ações.

No segundo momento será realizada capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde sobre as abordagens aos usuários e familiares nas visitas domiciliares possibilitando diagnósticos prévios, minimizando as diferenças, as crises. Após isso será organizado em conjunto com a Equipe Saúde da Família Prateado um cronograma para que todos realizem o cadastro de todos os usuários que frequentam e fazem parte da área adscrito a tal Unidade de Saúde da Família e que ainda não são cadastrados para construção do perfil epidemiológico da saúde mental do território.

Após o cadastro de todos os usuários na USF pretende-se disponibilizar as medicações disponíveis no município através da CAF e outras que não contemplem neste elenco de medicações, será providenciada junto à gestão municipal sua aquisição.

7 ESTRATÉGIAS

Ação 1: Sensibilização de profissionais da saúde da USF Prateado

Atividades

- Realização de sensibilização seguida de capacitação dos profissionais quanto à construção do Projeto Terapêutico Singular;
- Capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde sobre as técnicas de abordagens aos usuários e familiares;

Indicador:

- 100 % de profissionais capacitados quanto à construção do Projeto Terapêutico Singular;
- 100 % de profissionais capacitados sobre as técnicas de abordagens aos usuários e familiares.

Ação 2: Cadastro dos usuários no Perfil Epidemiológico na USF Prateado através da elaboração de uma ficha de cadastro.

Atividades

- Instituir cronograma com a equipe para a realização do cadastro dos usuários do ambulatório de saúde mental;
- Disponibilizar relatório para dispensação das medicações existentes na CAF contempladas no elenco para saúde mental;

Indicador:

- 100 % de usuários de saúde mental cadastrados na USF de Prateado;

Ação 3: Fornecer informação contínua e atualizada sobre o perfil epidemiológico de saúde mental do território.

Atividades:

- Disponibilizar relatórios semestrais ao CAPS Espaço Azul Pedra-PE e gestão municipal sobre a situação dos usuários do ambulatório de saúde mental;

Indicadores:

- Número de relatórios disponibilizados ao CAPS Espaço Azul Pedra-PE;

8 ASPECTOS OPERACIONAIS (CRONOGRAMA)

2012												
Atividades	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1. Reunião com a Equipe Saúde da Família para apresentação do Projeto Terapêutico Singular	X											
2. Capacitação aos profissionais de saúde sobre a construção do Projeto Terapêutico Singular		X	X									
3. Capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde a cerca das técnicas de abordagens aos usuários e familiares			X	X								
4. Disponibilização dos materiais necessários ao cadastro dos usuários			X									
5. Instituir cronograma para a realização do cadastro dos usuários;				X								
6. Cadastro dos usuários da USF Prateado					X	X	X					
7. Produção de relatórios na USF Prateado							X	X				
8. Informar relação dos usuários à CAF para disponibilização de medicação								X				
9. Reunião com a Equipe Saúde da Família a fim de formular estratégias para o acompanhamento do PTS dos usuários cadastrados									X	X	X	
10. Disponibilizar relatórios ao CAPS e à gestão municipal												X

Fonte: autora, 2011

9 ORÇAMENTO

Descrição do item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Formulários de cadastro	2.000	0,10	200,00
Impressos para as capacitações	200	0,50	100,00
Impressos para treinamento	200	0,50	100,00
Total:			400,00

Fonte: autora, 2011

10 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um plano de intervenção e utilizar dados de domínio público não terá implicações éticas.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção é complexa, no entanto, temos a clareza da necessidade da priorização de medidas que subsidiem as equipes da atenção primária para a sistematização do cuidado em saúde mental.

Contamos com elemento facilitador o empenho da equipe de Prateado em proporcionar um atendimento humanizado, com escuta e prescrição racional e ética de medicamento. O que pode ser evidenciado pela abertura à participação da família no processo de cuidado e recuperação do usuário.

A oportunidade de realizar esse trabalho será importante por proporcionar desenvolver de maneira mais ampla o nosso conhecimento sobre o tema, levando-nos ao amadurecimento na profissão, através da nossa vivência como psicóloga do CAPS Espaço Azul Pedra-PE.

Conhecer de perto a realidade daquela instituição pública, vivenciando seus problemas, dividindo o sofrimento, a dor e o adoecer com usuários e familiares, e ressaltar a importância e dificuldades da equipe multidisciplinar para a promoção da saúde, é uma experiência única por nos permitir ter uma visão mais integral do sujeito, trabalhando suas fragilidades e contribuindo para que a relação trabalhador/usuário/família possa, enfim, se constituir de forma satisfatória para todos os envolvidos. Tal experiência se mostra igualmente uma oportunidade de ofertar um suporte à equipe de Prateado garantindo um encontro fecundo na construção do seu PTS aos usuários de saúde mental.

A sensibilização da equipe técnica da USF Prateado demonstrando a importância da elaboração do PTS por meio de diálogos acerca das peculiaridades dos usuários de saúde mental seja em contatos individuais ou em reuniões de equipe, será nossa principal ferramenta para tentar superar a insegurança do profissional ao se deparar com situações perante as quais não se sente suficientemente capacitado.

Com isto, esperamos que esse projeto de intervenção possibilite como resultado uma abordagem mais completa do usuário que necessita de uma atenção especial, melhorando assim o tipo de tratamento oferecido a esta clientela em consequência da elaboração e execução do seu PTS.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. São Paulo: **Rev. Ter. Ocup.** v. 3, n. 1/2, p. 8-16, jan./dez., 1992.

ARANHA, SILVA A. L; FONSECA, R.M.G.S. Processo de Trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Ribeirão Preto: **Revista Latina Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.441-448, mai/jun, 2005.

BALINT, M. **O Médico, o paciente e a sua família**. São Paulo: Atheneu 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS – Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada: Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Sistema de Informação de Atenção Básica. Secretaria de Assistência a Saúde/DAB-DATASUS. Secretaria Municipal de Saúde do Município da Pedra-PE. **Consolidado referente as informações de famílias 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

JUCÁ, V. J. S; NUNES, M. O; BARRETO, S. G. Programa de Saúde e da Família e saúde mental: impasses e desafio na construção da rede. Rio de Janeiro: **Ciências e Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.173-182, 2009.

MOURA, A. H. **A Psicologia Institucional e o Clube dos Saberes**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, v.32, n.78-80, p.38-48, 2008.

ORTIZ, M. A; TOSTES, V. M. C. S. **Uma experiência com grupo de familiares no hospital dia**. São Paulo: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, n. 6, p. 305-308, 1992.

PERNAMBUCO. **Plano Municipal de Saúde da Pedra**. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Pedra-PE, 2010.

PIMENTA, E. de S; ROMAGNOLI, R. C. **A relação com a família no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial**. São João Del Rei: *Mental Health Bulletin*, 2008.

SARACENO, Benedetto. **Reabilitação psicossocial**: uma estratégia para a passagem do milênio. Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

TENÓRIO, G. C; VIANA, D. **Clínica ampliada e equipe de referência (responsável) e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.