

## **Reabilitação Psicossocial: o Relato de um Caso na Amazônia**

**Mental Psychosocial Rehabilitation: a Case Report in Amazon Region**

### **Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos**

Mestre em Psicologia. Enfermeiro Psiquiátrico. Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

E-mail: fagneralfredo@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-6563-6155

### **José Carlos Barboza da Silva.**

Professor Associado do Departamento de Psicologia da UNIR. Doutor em Educação Escolar pela UNESP/Araraquara. Psicólogo supervisor em estágio básico e específico em Saúde Mental na UNIR.

E-mail: jcbs66@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0002-5435-8900

### **Jorgenete Melo de Almeida.**

Profissional de Educação. Mestre em Ciências da Educação. Experiência em reabilitação psicossocial e práticas corporais.

E-mail: joalmeida@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7893-4661

### **Fabio Biasotto Feitosa**

Doutor em Treinamento de Habilidades Sociais pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar/São Carlos – SP). Pós – Doutorado na University College London (UCL/Londres – Reino Unido). Professor Associado do Departamento de Psicologia da UNIR.

E-mail: fabiobfeitosa@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6440-4993

## **Resumo**

**Objetivo:** relatar o acompanhamento de reabilitação psicossocial de um usuário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município da região Amazônica, em função de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). **Método:** utilizamos o relato de experiência como método de trabalho para narrar o acompanhamento e a intervenção em relação ao caso estudado. **Resultados:** os resultados demonstraram que pela articulação e implementação de projeto de reabilitação, por meio da integração entre profissionais da RAPS e família, foi possível diminuir o número de internações psiquiátricas, promover a autonomia, favorecer o exercício da cidadania, garantir a defesa dos direitos sociais e humanos ao paciente em estudo. Dessa forma, as etapas necessárias para realizar um projeto de reabilitação, à luz do caso estudado, foram registradas, apresentadas e discutidas no presente trabalho. **Conclusão:** a intervenção relatada mostrou ser viável, por meio de um projeto de reabilitação psicossocial - construído e articulado através do trabalho em equipe e integração da rede de saúde mental - promover o bem-estar, a funcionalidade e certo grau de autonomia ao

paciente do estudo, proporcionando-lhe o exercício da cidadania e dignidade humana.

**Palavras-chave:** Reabilitação psicossocial; Projeto Terapêutico Individual; Saúde mental.

### Abstract

**Objective:** To report the attendance of psychosocial rehabilitation of a patient by the Psychosocial Care Network (RAPS) from a municipality in Amazonia Region of Brazil. **Method:** For this purpose, we used a case report as a working method to report the attendance and intervention in relation to the case studied. **Results:** The results showed that by articulating and implementing a rehabilitation project, through the integration between RAPS professionals and family, it was possible to reduce the number of psychiatric hospitalizations, promote autonomy, favor the exercise of citizenship, guarantee the defense of social and human rights to the patient under study. Thus, the necessary steps to carry out a rehabilitation project, in the light of the case studied, were recorded, presented and discussed in the present study. **Conclusion:** The reported intervention has that it is possible, through a psychosocial rehabilitation project - constructed and articulated through teamwork and integration of the mental health network - to promote well-being, functionality and a certain autonomy to the studied patient, providing the exercise of citizenship and human dignity.

**Keywords:** Psychosocial Rehabilitation; Individual Therapeutic Project; Mental Health.

### Reabilitação psicossocial e projeto terapêutico singular

O sofrimento psíquico não precisa ser visto somente como algo a ser eliminado ou controlado, mas como um caminho vivencial capaz de levar à (re)descoberta da experiência emocional percebida. Assim, o acesso à melhor elaboração cognitiva das experiências emocionais muitas vezes requer o apoio profissional, que se dá no contexto do cuidado em saúde mental. Pensar no cuidado em saúde mental envolve refletir sobre a integralidade do sujeito, do ambiente e das relações estabelecidas, pois o cuidado permeia um constructo da cumplicidade de diversos atores sociais, que são apoiados em um contexto social, econômico, familiar, biológico, psicológico e cultural<sup>1</sup>.

Nesse contexto da saúde mental convém destacar que a Reabilitação Psicossocial(RP)<sup>i</sup> é um processo de oferta de oportunidades às pessoas em sofrimento psíquico, tendo como objetivo desenvolver a sua funcionalidade nos diferentes setores de vida. Isto envolve o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas que oportunizem ações voltadas para a ressocialização, autonomia, independência e empoderamento dos pacientes<sup>2</sup>. E para isso ocorrer é necessária a integração interdisciplinar dos profissionais e serviços da rede de cuidado, de forma que a pessoa em sofrimento psíquico possa alcançar o seu desenvolvimento psicossocial, garantindo a (re)inserção social em seu território de vida (e assim consiga conviver em sociedade), exercer a sua cidadania e usufruir dos seus direitos<sup>3</sup>.

Para que a RP seja efetiva é preciso traçar um plano de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico e podemos afirmar que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um método que viabiliza a RP de forma integral descrita. O PTS é um conjunto de intervenções terapêuticas articuladas e propostas em um

---

<sup>i</sup> Reabilitação psicossocial não é sinônimo de cura em saúde mental, mas a organização de cuidados para que o sujeito seja capaz de lidar com suas limitações, mas, ampliando suas possibilidades de desenvolvimento de suas potencialidades e o desenvolvimento de suas habilidades sociais (civis, políticas, econômicas, culturais etc.).

contexto interdisciplinar, centrado na contratualidade das ações no território<sup>ii</sup> do sujeito<sup>4</sup>. O PTS é utilizado em saúde mental como uma forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, em que se valoriza a perspectiva biopsicossocioespiritual. Durante a construção do PTS há reuniões com as equipes de saúde, familiares, instituições e qualquer outro ator social que se faça importante nesse processo, incluindo o paciente. Este diálogo objetiva construir uma linha de cuidado contínuo que mantenha o bem-estar, suporte social, assistência em saúde/mental/social e acesso aos direitos humanos.

O usuário em saúde mental tem o direito de ser tratado com humanidade e respeito, direito à admissão voluntária em uma instituição psiquiátrica, direito à privacidade e liberdade. Direito de votar, ao trabalho, à habitação e à educação, e receber o tratamento em comunidade e garantias judiciais expressas na legislação<sup>5</sup>. Na construção de um PTS, todos esses direitos devem ser considerados. Assim, o PTS é dividido em quatro etapas, a saber<sup>4</sup>:

1) diagnóstico: é uma avaliação biopsicossocioespiritual para conhecer problemas que desencadeiam a crise psiquiátrica. Esta avaliação pode ser interdisciplinar e não é concentrada unicamente na patologia, mas no sujeito como um ser integral;

2) definição de metas: nesse momento define-se o plano terapêutico com as ações a serem realizadas com o sujeito em sofrimento psíquico, estipulando período a ser cumprido (o que pode ser em curto, médio e longo prazo);

3) divisão de responsabilidades: são delegadas aos atores sociais participantes do PTS as ações definidas nas metas, rotineiramente conhecida como “pactuações”. Espera-se nessa fase que os atores sejam responsáveis, flexíveis, criativos, autônomos e preparados para situações imprevistas;

4) reavaliação: momento em que se discute a evolução do PTS, fazendo os ajustamentos, mudando ações e propondo novas intervenções. Geralmente ocorre durante o curso do PTS, e quando as intervenções não surtem efeito. Na prática clínica é comum realizar uma avaliação a cada dois meses, ou por período menor se for necessário. Com o recurso da tecnologia por meio de aplicativos como o *WhatsApp* essa avaliação tem sido em tempo real e com maior frequência, envolvendo os atores sociais, e solicitando sua participação como entes responsáveis.

Para a literatura, o objetivo do PTS é promover o cuidado em saúde mental longitudinal, o apoio social e o emocional. O que favorece a construção de vínculo terapêutico, a corresponsabilização e autonomia, de maneira que esses ofertamentos contribuam para propor intervenções com base na construção dialógica e resolutividade<sup>1</sup>.

O PTS incorpora o trabalho interdisciplinar por receber contribuição de várias especialidades que, mediante uma avaliação compartilhada sobre a condição do sujeito, são pactuados procedimentos ao cargo de diversos membros da equipe, os quais se tornam referência terapêutica. O profissional acompanhará o sujeito em sofrimento psíquico durante o seu tratamento no serviço de saúde mental, assegurando a integralidade do cuidado contínuo<sup>1</sup>.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar o acompanhamento de reabilitação psicossocial de um usuário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município da região Amazônica, em função de seu PTS.

---

<sup>ii</sup> O “território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”<sup>6</sup>. Logo, considera-se a ideia de territórios intersubjetivos, construídos pelas relações e produção de significados<sup>7</sup>.

Neste intuito, escolheu-se a metodologia do relato de experiência, por ser um método que permite a observação sistemática de determinada realidade, não objetivando especificamente testar hipóteses, mas o estabelecimento de ligações entre achados dessa realidade e as bases teóricas pertinentes que envolvem o foco do estudo<sup>8</sup>. Na situação específica, é relatado como se sucedeu a reabilitação psicossocial em um usuário do serviço de saúde mental, tendo como observador participante um enfermeiro psiquiátrico, na figura de pesquisador principal.

### Relato de experiência

Oliveira<sup>iii</sup>, 39 anos, negro, residente em um município do interior do Amazonas, atendido pela primeira vez no serviço especializado de internação psiquiátrica da capital do Estado no ano de 2001. Antes de perder sua funcionalidade era cuidado por sua mãe que faleceu, passando a viver em situação de rua. Durante o período que fora atendido pela primeira vez até o relato desse trabalho, teve 20 internações em hospital psiquiátrico e mais 30 internações em leitos de saúde mental.

Esse estudo começou em outubro de 2019, quando tivemos o primeiro contato com o paciente, admitido na internação de um hospital psiquiátrico, com histórico de confusão mental, desorientação, discurso desconexo, agitação psicomotora, hostilidade, agressividade e comportamento bizarro (alimentava-se de carne de animais silvestres mortos). Assim, iniciamos o processo de RP deste sujeito, que fora submetido a múltiplas internações psiquiátricas sem efetividade de tratamento e perspectivas de usufruir de uma vida minimamente plena.

Primeiramente, no mês de outubro de 2019, levantamos os problemas de ordem biopsicossocial do paciente com o intuito de se conhecer a situação-problema vivenciada pelo usuário, propor hipóteses que explicassem o surto e soluções para preveni-lo. Iniciamos a pré-etapa do projeto de reabilitação, em que realizamos a avaliação em saúde mental do paciente e reunião com a família. Isso aconteceu estando ainda o paciente internado. Deste modo, foi necessário o fechamento do diagnóstico (Esquizofrenia Indiferenciada) e prescrição da medicação psicotrópica para estabilização do quadro psiquiátrico (ação feita pelo médico psiquiátrico). Em reunião com a família, esta referiu que o paciente sempre foi uma pessoa hostil, agredia membros da família e recusava os cuidados e afeto. Houve também a menção de uso abusivo de psicoativos (predominantemente o álcool) e desajustamento social. O paciente, outrora, residia com a mãe já idosa, que o acompanhou em seu tratamento, até o seu falecimento. A partir deste momento, ele ficou em situação de rua, onde sem o suporte social e afetivo da família, e por não aderir ao tratamento, agravou o seu quadro psicótico. No período que o paciente esteve em surto psicótico, constantemente perturbava os moradores do município onde vivia, contribuindo para o estigma social de que era um delinquente, um perturbador da paz e ordem social.

No segundo momento, ainda em outubro de 2019, o pesquisador principal deste artigo (enfermeiro) visitou o município onde o paciente residia, com o objetivo de conhecer a rede de atenção psicossocial disponível. Assim, ele conseguiu reunir os gestores e profissionais do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) – sendo um assistente social e uma psicóloga; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – uma educadora física, psicóloga, assistente social, nutricionista e

---

<sup>iii</sup> Para garantir a privacidade do paciente em relato, usamos um nome fictício. Para tanto escolheu-se Oliveira por aludir à árvore oliveira. Sabe-se que na mitologia esta árvore carrega o significado da sabedoria, prosperidade e paz. A oliveira também é símbolo de resistência e longevidade, pois mesmo sobre clima hostil, como verões secos e invernos hostis continua crescendo forte e produzindo frutos. Assim, Oliveira representa nosso protagonista principal deste trabalho, que é símbolo da resistência em saúde mental.

fisioterapeuta; Polícia Militar (PM) – um tenente, Unidade Básica de Saúde de Referência (UBS)/Equipe de Saúde da Família (ESF) – um técnico de enfermagem, um enfermeiro e gestor da unidade; e iniciar as primeiras discussões sobre uma linha de cuidado para o paciente. Depois desta primeira visita, ainda, o pesquisador principal, deste trabalho, também, realizou mais três visitas neste município, para que se pudesse efetivar a articulação de cuidado em prol de Oliveira.

Nessas visitas foram discutidos temas com o objetivo de desmitificar o transtorno mental, fazer um levantamento dos principais problemas que levavam à desestabilização do paciente e propor intervenções pontuais e realistas, promover o trabalho em equipe e fortalecimento da rede de atenção psicossocial local. Deste modo, foi possível identificar os recursos disponíveis na comunidade para serem oferecidos e construir-se o PTS. Durante as reuniões, concluiu-se que as necessidades do paciente eram de ordem biopsicossocial, e precisava-se da integração dos profissionais disponível na Rede de Atenção Psicossocial. Para tornar mais efetiva a comunicação, criou-se o grupo de *WhatsApp* “Reabilitação Oliveira”, com a participação dos profissionais do CRAS, NASF, PM, UBS/EAF e familiares de Oliveira. Este grupo de *WhatsApp* contribuiu para a interação entre os profissionais e a solução de problemas com rapidez em tempo real.

De tal modo, percebemos que os principais problemas a serem resolvidos e que levaram o paciente ao surto foram:

- o paciente não tomava a medicação psicotrópica conforme a prescrição. Apesar de estabilizado, quando retornava à sua residência não conseguia tomar a medicação, adequadamente, por dificuldade da condição provocada pela sua doença, podendo-se pensar em um déficit cognitivo, comum em tais casos. Logo, ao diminuir a biodisponibilidade dos antipsicóticos em seu organismo, ele se tornava hostil e andarilho. Isso contribuía para a comunidade rejeitá-lo e estigmatizá-lo;

- paciente com condições sociais precárias e sem renda. Sendo necessário garantir cestas básicas e roupas, produtos de higiene, utensílios e objetos básicos para retornar à sua casa.

Assim, identificaram-se as intervenções necessárias para a RP do paciente:

- o paciente necessitava de um acompanhante terapêutico para orientá-lo quanto à realização das suas atividades diárias e autocuidado, como também mediar a sua reinserção social, por meio da (re)aprendizagem das habilidades e competências sociais;

- rede que não era integrada e onde os setores não se comunicavam entre si;

- vínculos familiares fragilizados, necessitando de terapia familiar ou enfermagem familiar sistêmica. Os familiares do paciente vivenciavam o medo de não saber lidar com os conflitos interpessoais gerados pelo adoecimento, levando a sentimentos ambivalentes, ora de compaixão e pena, culpa, ora de raiva e vergonha em relação ao paciente. Sentiam que a imagem familiar era difamada pelo desajuste social dele.

Em novembro de 2019, o paciente recebeu alta médica da instituição psiquiátrica onde estava, sendo conduzido pelo serviço social ao município de seu domicílio onde residia anteriormente. Na ocasião, o paciente foi recebido pelos profissionais e serviços deste município, sendo reafirmadas as pactuações presentes no PTS (ver modelo no anexo):

- prevenir a internação psiquiátrica do paciente e possibilitar acompanhamento em saúde mental em ambiente comunitário (UBS/NASF/CRAS/FAMILIARES);

- a necessidade da equipe da UBS/Saúde da Família em administrar, por meio do técnico de enfermagem/agente comunitário da saúde da família, a medicação<sup>iv</sup> do paciente pela manhã e à tarde, em seu domicílio. Assim como a unidade garantiria consulta de enfermagem e médica ao

---

<sup>iv</sup> Vale ressaltar que foram deixadas as medicações psicotrópicas em uso do paciente na UBS e com a família.

paciente sendo referência para os cuidados de saúde, quando necessário, garantido o seu livre acesso ao serviço. Entretanto, quando o paciente se vinculasse à equipe, ele seria orientado a se dirigir pela manhã e à tarde a UBS para tomar sua medicação. Caso o paciente não aparecesse, o agente comunitário de saúde deveria fazer a busca ativa, localizá-lo e administrar a medicação psicotrópica. Todavia, se o paciente apresentasse crise psiquiátrica grave, deveria ser encaminhado aos leitos de saúde mental da capital do Estado no Amazonas, e não ao hospital psiquiátrico; isso se justificava pelas pactuações em saúde mental, à luz obtida pelos pressupostos teóricos e práticos dos reformadores em saúde mental. O hospital psiquiátrico não é um lugar humanizado, revelando sua precariedade e cronificação do paciente. Por sua vez os leitos de saúde mental são normatizados pela portaria n. 148/2012 e tem como requisito mínimo o trabalho interdisciplinar e cuidado em rede. Infelizmente na região estudada, não existia um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), aspectos a serem considerados visto que quanto maior a hegemonia do hospital psiquiátrico, menor abertura política e social existe para consolidação e implementação deste dispositivo tão essencial à RP<sup>9</sup>;

- a equipe do CRAS tramitaria e acompanharia o Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantiria as cestas básicas mensais e trabalharia possibilidades de fortalecer os vínculos familiares; providenciaria a curatela aos familiares do paciente e dialogaria com os órgãos jurídicos de proteção social, de forma que o paciente tivesse os seus direitos resgatados;
- a equipe do NASF providenciaria o acompanhamento psicológico, atividades de educação física, avaliação nutricional, estabeleceria possibilidades de geração de renda e proporcionaria que o paciente participe do Centro de Cultura;
- a equipe da PM ficaria responsável em comunicar as autoridades e serviços envolvidos se o paciente estiver em situação de rua, caso em surto, trazê-lo na unidade básica de referência, e buscar as medicações psicotrópicas na capital quando estivesse faltando uma semana para terminar as medicações. O hospital psiquiátrico forneceria as medicações psicotrópicas necessárias a manter o paciente estável no ambiente extra-hospitalar, ou seja, em sua comunidade;
- os familiares administrariam as medicações psicotrópicas nos finais de semana e feriados.

Os familiares também foram orientados pelo pesquisador principal a cultivarem as seguintes atitudes perante o paciente: orientá-lo sobre os cuidados que lhe são oferecidos com intuito de melhorar a sua capacidade de se organizar socialmente, dar acolhimento amigável e respeitosamente, mesmo em crise; ter uma postura empática e não coerciva, estimular e supervisionar a realização das refeições diárias, hidratação, repouso, autocuidado (banho de aspersão, escovar os dentes, aparar as unhas etc.) e demonstrar afeto, carinho e respeito ao paciente.

Durante o período de outubro 2019 a novembro de 2020 (isso implica em dizer que é mais de 01 ano em que o paciente se mantém estável), o paciente teve dois episódios de crises, porém foram identificadas precocemente pela equipe e solucionadas sem precisar de internação psiquiátrica. O que demonstra que o projeto surte efeito e tem cumprido o seu objetivo em reinserir esse usuário de serviços de saúde mental na sua comunidade. Ressaltamos que Oliveira ainda continua, até o momento deste relato, acompanhado pela equipe e vem a cada dia se desenvolvendo por meio da socialização, apropriação cultural e aprendizagem das competências sociais.

É interessante mencionar que a comunidade, ao perceber que o paciente circulava livremente pela rua, sem proporcionar risco de hostilidade/agressão, tem estabelecido laços afetivos e contribuindo para que Oliveira se sinta pertencente ao seu ambiente, e não mais excluindo-o. Neste contexto social, ele tem sido inserido na sua comunidade podendo circular livremente, exercendo sua cidadania, onde entende que a comunidade acaba contribuindo para cuidar dele ao identificar que



o mesmo, estando estabilizado, não apresenta periculosidade. Sendo que o paciente é gratificado pela comunidade. Exemplos: a comunidade oferece refeições ao paciente, roupas etc. Esta lhe orienta a se dirigir para sua casa, quando está na rua à noite, além de outras orientações internalizadas pela cultura através da prática oral de transmitir valores e os costumes valorizados socialmente. A percepção por parte da comunidade de que Oliveira deixou de representar uma ameaça permite a criação de vínculos afetivos e socioculturais capazes de ajudar na sua condução, especialmente quando situações pontuais (momentos precursores a crises ou crises) se apresentam e necessitam de encaminhamentos.

Atualmente, Oliveira se dirige a UBS de referência para tomar a sua medicação psicotrópica, pela manhã e à tarde, conforme a pactuação no intuito de aumentar a sua autonomia. Durante os finais de semanas e feriados, a família administra a medicação.

Contudo, percebemos que quanto menor o acompanhamento terapêutico do paciente pelos profissionais de serviço, maior era a possibilidade de ele entrar em crise<sup>v</sup>. E que quanto maior a integração entre os profissionais e instituições, era mais fácil e menos penoso solucionar os problemas que ocorriam durante o acompanhamento do paciente. Talvez isso seja explicado pelo trabalho em equipe, que favorece solução de problemas complexos em saúde mental<sup>10</sup>. Muitas vezes os problemas não eram crises do paciente, mas o desconforto da equipe em perceber o aumento da autonomia do paciente. Toda mudança, nesse caso conduzido, implica algum nível de reorganização, e tal condição tende a gerar algum grau de desconforto, seja nos familiares, ou nas diferentes equipes que atuam junto a Oliveira, no processo de RP em curso.

Ainda não conseguimos o BPC (Benefício de Prestação Continuada) por morosidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), já que tal serviço apresenta continuamente um grande contingente de pessoas para passar por uma perícia. Existimos numa sociedade capitalista e com recursos financeiros limitados, por isso há grande estresse entre a equipe em conseguir manter os direitos básicos como a alimentação e produtos de higiene pessoal. Isso ocorre pela omissão do Estado em não ser eficiente quanto ao fornecimento de subsídios para os mais vulneráveis, por meio das políticas públicas. Visto que quanto mais efetiva é a participação do Estado com políticas públicas, mais fácil é garantir os direitos sociais dos pacientes em sofrimento psíquico<sup>10</sup>. Com o evento da pandemia de Covid-19, mediante articulação do pesquisador principal e CRAS, Oliveira recebeu o auxílio social do governo federal, o que tem sido possível proporcionar-lhe alimentação, vestimentas e produtos de higiene pessoal.

Percebemos que para Oliveira se mantenha estável é imprescindível o acompanhamento contínuo em saúde mental pelas instituições de saúde envolvidas. E que o projeto de reabilitação psicossocial precisa ter um coordenador que possa ser suporte para a equipe, não necessariamente fisicamente, mas por meio de algum meio de comunicação, como, no caso, o grupo de *WhatsApp* criado. Pela literatura, e no desenrolar deste relato de experiência, compreendemos que o enfermeiro especialista em saúde mental é um dos profissionais adequado para realizar essa função entre os demais membros da equipe de saúde, por ter formação holística, e maior conhecimento de gestão de casos<sup>8</sup>. E possuir familiaridade em conduzir projetos de reabilitação psicossocial, sendo um elo de integração da equipe, pois este é operacionalizado pelo trabalho interdisciplinar. O PTS, também denominado de projeto de reabilitação psicossocial, é muito parecido com a gestão de caso em saúde mental por meio do *case management*. Todavia, consideramos que o PTS é multiprofissional

---

<sup>v</sup> Toda a crise necessita de uma intervenção e uma condução para sua solução. Quando conduzida de forma efetiva por profissionais habilitados, esta pode ser suscitadora do crescimento e desenvolvimento do paciente, provocando o amadurecimento de seu ego e personalidade. Nem sempre a intervenção é medicamentosa, pode ser cognitiva, comportamental e sociocultural.

e não privativo de nenhuma categoria profissional, quanto menos da enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Acreditamos que os enfermeiros em saúde mental, além de outros profissionais, tenham facilidade em conduzir um PTS, por sua formação e expertise, aspectos que os demais membros da equipe de saúde mental possam se apropriar e incorporar na elaboração e condução de PTS em saúde mental, inclusive sugerimos a busca dos conhecimentos da enfermagem psiquiátrica e saúde mental, para enriquecer esta interação.

Ainda vale dizer que a partir do momento que o paciente está estável, a equipe e família tendem a considerar que ele está “curado” e acabam diminuindo a atenção e cuidado, o que provoca a crise psiquiátrica. Por isso, a necessidade de sempre, por meio da psicoeducação, estar orientando a família e profissionais envolvidos sobre o cuidado contínuo em saúde mental. E a importância de cada profissional/instituição em cumprir a sua pactuação no PTS, com efetividade, compromisso e responsabilidade.

Além do mais, o acompanhante terapêutico<sup>vi</sup> do paciente é um familiar próximo, e compreendeu-se que o ideal seria contratar um cuidador para essa função<sup>vii</sup>, dando-lhe a capacitação de como agir no cuidado em saúde mental de pacientes com transtornos mentais. O acompanhante terapêutico não é um tutor, mas alguém que favorece o paciente a poder viver em sua plenitude e desenvolver suas habilidades cognitivas, autonomia e poder de escolher<sup>11</sup>. No decorrer deste processo, a família teve dificuldade em ser acompanhante, e exerceu a função de tutora<sup>viii</sup>. E era desgastante para a equipe e pesquisador, que continuamente tinha que estar fazendo pactuações e usar técnicas de terapia familiar para suscitar a integração familiar. A frustração da família é demonstrada no fato de querer que o paciente fosse um ser submisso e obediente. E quando ele fugia deste padrão, era julgado como rebelde e não aceitador do tratamento e cuidados.

“Tutorear”, aqui, é o paciente ser visto como um incapaz e submisso à ordem do familiar, tendo sua vontade, liberdade e escolhas determinadas por outros. Logo, quando o paciente transgredir as “regras” e é insubmisso, por realizar suas próprias vontades e escolhas, é visto pelo familiar como se ele tivesse “regredindo” em seu quadro, ou seja, entrando numa “crise”.

Entendemos que o familiar se frustra por criar uma expectativa irrealista sobre o paciente em querer que ele siga um padrão de normalidade. E normalidade em saúde mental não existe, é uma convenção social. Podemos falar em ajustamento funcional e organização da vida diária do sujeito dentro de suas limitações – e essas limitações podem ser potencializadas e desenvolvidas pelo processo de aprendizagem das habilidades e competências sociais em um meio sociocultural<sup>ix</sup>

<sup>vi</sup> Diferentemente do familiar que pode ser um acompanhante, há um profissional que desempenha uma prática terapêutica podendo variar a formação entre os profissionais da psicologia, enfermagem, assistência social etc., formando-se um Acompanhamento Terapêutico (AT). Este desempenha papel muito significativo nos casos em que é utilizado para a reabilitação psicossocial dos pacientes. “O AT é um tipo de atendimento clínico que se caracteriza pela prática de passeios pela cidade, ou estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais com a intenção de ser um guia terapêutico que possa favorecer esta circulação, por meio de ações sustentadas numa relação de vizinhança do acompanhante com o sujeito e suas limitações, dentro do seu contexto histórico”<sup>12</sup>.

<sup>vii</sup> Infelizmente não houve subsídio financeiro da prefeitura e o paciente não tem renda. E quando acabar a pandemia de Covid-19, acionaremos a defensoria pública para a judicialização do caso, para que ele tenha seus direitos sociais básicos assegurados.

<sup>viii</sup> O Código Civil<sup>13</sup> prevê regime como a curatela, que é a incapacidade das pessoas que não conseguem expressar sua vontade e tampouco praticar atos da vida civil como, por exemplo: votar, estudar, trabalhar e usar o próprio corpo etc. Nestes casos, a justiça após a devida avaliação, indica um responsável, o tutor, para ser o responsável legal por gerir a vida do curatelado em todos os aspectos civis, incluindo o financeiro. Essa medida deve ser suspensa assim que o usuário demonstrar condições de exercício civil da vida cotidiana.

<sup>ix</sup> Quando utilizamos neste trabalho o conceito de um ambiente sociocultural favorecedor, nos fundamentamos na concepção de um meio social que seja integrador, possuidor de recursos humanos, físicos e estruturais. Que tenha profissionais disponíveis afetivamente, compromissados e instituições de saúde, suporte social, jurídicas efetivas e



favorecedor do seu desenvolvimento<sup>14</sup>.

Houve dificuldades em progredir com a inserção social do paciente em atividades culturais, de lazer, geração de renda e acompanhamento psicológico, pela realidade destes serviços não estarem bem estruturados no município. Portanto, se tivéssemos um ambiente favorecedor e desenvolvedor, acreditamos que poderíamos evoluir melhor no caso de Oliveira, com o objetivo de aumentar sua autonomia, produzir renda e gerir sua vida plenamente. Porém, na realidade sociocultural e política que Oliveira e profissionais estão inseridos, essa ação é vista como utópica e possível apenas na Europa, USA e Canadá, porque falar em *recovery* no Brasil, já é desafiador, imagine nos extremos do norte no Brasil, em plena floresta Amazônica legal.

O Quadro 1 apresenta as etapas para reabilitação psicossocial do paciente. Podemos identificar que para realizar um projeto de reabilitação psicossocial é importante ter planejamento, sistematização, organização, direção, comprometimento, responsabilidade, disponibilidade e empatia pelos pacientes em saúde mental.

O Quadro 2 abaixo apresenta as dificuldades e contribuições que o estudo trouxe ao reabilitar o paciente. As dificuldades são de ordem estruturais e muitas vezes fogem do controle dos trabalhadores de saúde, pois dependem de uma gestão eficiente e menos burocrática, além da existência de recursos materiais, financeiros e humanos capazes de atender às necessidades na área de saúde mental. Já as contribuições são relacionadas a promover o bem-estar do paciente, reinseri-lo na sociedade e devolver sua liberdade, autonomia e cidadania plena, dentro dos limites de possibilidades que cada usuário pode atingir dadas suas condições existenciais (materiais, psicológicas, culturais etc.). Além disso, há um processo civilizatório no fato de mudar a percepção social sobre a loucura, já que essas pessoas podem circular socialmente sem serem identificadas no imaginário social como portadoras de periculosidade.

A Figura 1 demonstra a Rede de Atenção Psicossocial disponível para promover a reabilitação psicossocial e reinserção social do usuário em estudo. Ressalta-se a necessidade do trabalho interprofissional entre as instituições e seus profissionais envolvidos, com intuito de favorecer o protagonismo do usuário em saúde mental.

Neste contexto é importante apresentar o modelo prático de reabilitação e reinserção social do paciente em estudo, para que se possa ajudar os profissionais de saúde mental a pôr em prática em suas práxis diárias (Figura 2).

A Figura 3 é onde listamos os desafios encontrados e que precisam ser solucionados, porém vão muito além do controle dos profissionais responsáveis pela RP. Envolve decisões políticas, gestão e mudanças socioculturais.

### Discussão e reflexão sobre o caso em estudo

O sofrimento psíquico pode ser um caminho vivencial capaz de levar à (re)descoberta da experiência emocional percebida. O acesso à melhor elaboração cognitiva, muitas vezes requer o apoio profissional, que se dá no contexto do cuidado em saúde mental<sup>1</sup>. Assim, o paciente em estudo antes vivia aquém da dignidade humana, não tinha acesso a direitos básicos como alimentação, moradia, sequer tinha cidadania. Visto que pelo fato de Oliveira não ter um manejo muito adequado

---

disponíveis na defesa e promoção dos direitos civis, políticos e sociais dos cidadãos, ora aqui, portadores de transtornos mentais. E da sociedade, espera, o respeito, o cultivo de um clima social pautado na compreensão, sociabilidade e aceitação deste sujeito.

da rede de atenção psicossocial, quando em surto, ficava em situação de rua, sofrendo discriminação pelo seu estado deplorável, sendo muitas vezes “esquecido” pela comunidade, que por trás daquele ser humano, existia transtorno psiquiátrico (que poderia ser estabilizado), isto demonstra a triste realidade que retroalimenta-se, em que um paciente portador de transtorno mental, quando não manejado seu caso adequadamente, por profissionais capacitados, ficará em situação de rua e sujeito as mazelas sociais e privações econômicas. Talvez sofrendo mais do que aquele sujeito que está em situação de rua, mas que não apresenta sinais de transtorno mental. Após a agregação do cuidado em rede e pautado no bem-estar do paciente, este teve acesso à alimentação, ao direito de ir e vir em comunidade e é cuidado pela rede de atenção psicossocial.

Assim, o pensamento em saúde mental envolve refletir sobre a integralidade do paciente, do ambiente e das relações estabelecidas, pois o cuidado permeia um constructo da cumplicidade de diversos atores sociais apoiados em todo o contexto: social, econômico, familiar, biológico, psicológico e cultural<sup>1</sup>. Pelo desenvolver do caso, Oliveira tem sido assistido de forma integral, visto que há cuidados de saúde mental, instituídos pela RAPS construída em volta dele, onde tem acesso a cuidados de saúde e assistência social, medicação assistida e “cuidador”. Este cuidador é um membro familiar e vivenciamos na prática o desgaste das relações familiares e rompimento de vínculos que o transtorno mental ocasiona às famílias, que por sentirem sobrecarregadas, sozinhas e aflitas, não sabem lidar com a situação, e muitas vezes entram em conflitos internos, porque cuidar de um portador de transtorno mental, sem dúvida é uma carga emocional e física, levando o cuidador a se privar de seus desejos e escolhas pessoais e sociais. Todavia, percebemos que a terapia familiar pode aliviar as dores dos familiares e promover a integração familiar entre eles, através dos resgates dos significados construídos, rituais familiares, afetos e amor...

Nesse sentido, convém destacar que a RP é um processo de oferta de oportunidades às pessoas em sofrimento psíquico, tendo como objetivo desenvolver a sua funcionalidade nos diferentes setores de vida. Isto envolve o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas que oportunizem ações voltadas para a ressocialização, autonomia, independência e empoderamento<sup>2</sup>. No modelo de atenção e reabilitação psicossocial, o sujeito é o principal protagonista do seu tratamento e as dificuldades são encaradas como resultantes de fatores biopsíquicos, socioculturais e político-econômicos que incidem sobre sua subjetividade existencial.

A reabilitação psicossocial busca a autonomia por meio do resgate da cidadania destas pessoas e tenta superar a ideia de doença e diagnóstico por uma compreensão de que o ser humano não pode ser compreendido em sua complexidade subjetiva por meio de um paradigma organicista biomédico. São essas trocas entre o usuário e as suas diversas redes de interação que faz com que as dificuldades surjam no universo do processo de reabilitação psicossocial de acordo com seu PTS. Em outras palavras, é necessário que haja a desconstrução acerca da ideia abstrata de doença orgânica e a sua reconstrução como fenômeno existencial complexo em sua totalidade psicológica, biológica, sociocultural e relacional, além de política e econômica.

Sem dúvida, pensar saúde mental longe do modelo organicista é evoluir e rever as práticas. No relato vimos que as ações de reabilitações extrapolam as fronteiras sociais e técnicas, e o fazer do agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem da atenção básica permitiram cuidar do paciente, de forma que contribuísse para redimir o surto dele. O técnico de enfermagem cooperava ao administrar a medicação do paciente em seu domicílio, juntamente com o agente comunitário de saúde. E este último tem uma função ímpar, pois ao ser um visitador em saúde, é ele que reporta a equipe de saúde do familiar à situação psicossocial do paciente.

Além disso, a RP é como um processo contínuo que assegura o desenvolvimento de habilidades sociais prejudicadas e/ou perdidas ao longo do processo de adoecimento mental do paciente de

saúde mental. Implicam-se na garantia de todos os direitos civis, além dos demais direitos sociais conforme prevê a legislação vigente<sup>15</sup>. Assim, os diferentes dispositivos de saúde mental precisam estar funcionando em rede para garantir a dignidade como cidadão, conforme reconhece a legislação brasileira. Sua inclusão, aqui neste relato, nos serviços de assistência social e saúde, possibilita certo grau de liberdade e autonomia. A participação dos órgãos de segurança pública como auxiliares, demonstra, que há uma mudança na percepção social do usuário de saúde mental, outrora percebido como de periculosidade e ameaça à integridade social.

Deste modo, compreendemos que saúde mental não se limita à saúde, pois há possibilidade de ampliação da contratualidade do paciente<sup>16</sup>, diz respeito à combinação de liberdade, participação e igualdade de cidadania de exercício pleno dos direitos civis e políticos. Isto significa que o processo de desinstitucionalização dessas pessoas é algo muito mais amplo do que a simples desospitalização, já que requer a participação dos familiares, profissionais de saúde envolvidos, além da mudança de percepção sobre a subjetividade dos usuários e da loucura como um todo na sociedade<sup>17,18</sup>. Portanto, é necessária uma mudança de caráter muito mais ampla e complexa do que comporta o paradigma manicomial, que ainda convive com o modelo psicossocial.

Há muito se sabe que o processo de internação compulsória pertencente ao modelo de paradigma manicomial não reabilita o paciente usuário do dispositivo hospital especializado em psiquiatria e, por isso, vem sendo substituído por um novo paradigma, a saber, a atenção psicossocial como processo de cidadania que garanta um “novo” lugar social para a loucura/“doença mental”, enquanto processo de expressão de subjetividade. O entendimento é que a reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução de uma cidadania plena em que o sujeito tem direito a seu *habitat* na sua rede de relações sociais e de trabalho, dentro das limitações que detenha<sup>16</sup>.

A expressão subjetiva do sofrimento psíquico por meio da denominada doença mental retira do sujeito a condição de igualdade, pois a percepção e representação da denominada loucura rebaixa seu *status* sociocultural e político, além de passar a fazer parte no imaginário social de uma categoria de pessoa que representa periculosidade e coloca em risco valores tais como a capacidade de trabalho e autogestão. A experiência acumulada de décadas de pesquisa reforça a necessidade de manter o sujeito em sofrimento psíquico no seu ambiente sociocultural, já que tal situação ajuda a afirmá-lo como ser humano, pois sua reinserção produz significados fundamentais para sua identidade enquanto ser social e histórico.

Assim, conseguimos reabilitar Oliveira dentro das possibilidades que eram lhe oferecidas, os recursos disponíveis em sua rede de cuidados. Logo, a prática de RP é condicionada aos recursos disponíveis na comunidade, família e rede de saúde mental. Na ausência deste suporte há estagnação do projeto de reabilitação, como percebido no caso, que não conseguimos evoluir para outras etapas que é a plena inserção social, geração de renda e maior grau de autonomia.

E para isso ocorrer é necessária a integração interdisciplinar entre os profissionais envolvidos e serviços oferecidos na rede de cuidado, de forma que a pessoa em sofrimento psíquico possa alcançar o seu desenvolvimento psicossocial, garantido a (re)inserção social em seu território de vida, exercer a sua cidadania e usufruir dos seus direitos<sup>3</sup>.

O resultado do caso apresentado, neste trabalho, evidencia que há a necessidade de uma articulação entre os diversos dispositivos disponíveis na rede de atenção psicossocial, e dos diferentes atores envolvidos neste processo, para que resultados satisfatórios a cada PTS possam ser alcançados de acordo com o nível de ajuste social, familiar e afetivo dos pacientes. Para tanto, as equipes e pessoas envolvidas devem estar preparadas para lidar com as diferentes situações e dificuldades surgidas tanto entre os profissionais e entidades participantes do processo de RP,

quanto em relação às dificuldades relativas ao papel da família e do paciente nesta construção. No caso em questão houve interação com a equipe dos serviços, e quanto mais disponibilidade e empenho dos integrantes, mais fácil era superar as dificuldades e possibilitar a condução do caso. Além de ser uma oportunidade de trocas profissionais e de saber entre a equipe, uma oportunidade de crescimento profissional.

É preciso garantir que os direitos adquiridos na lei 10.216/2001<sup>15</sup> estejam assegurados aos usuários de saúde mental, e que apesar de todas as dificuldades vivenciadas, há necessidades de avanços na promoção dos direitos fundamentais aos pacientes portadores de transtorno mental, nas políticas de saúde mental implementadas no Brasil, pois somente assim será possível desconstruir o universo criado ao longo do tempo e da história individual e coletiva sobre o fenômeno da loucura. As práticas territoriais asseguram melhor os diferentes serviços de base comunitária. Os diferentes modos de cuidar dos usuários nos CAPS, por meio de ateliês terapêuticos, serviços residenciais terapêuticos, cooperativas de trabalho e renda, centros de convivência e lazer comprovam que há possibilidade de resgate da cidadania, inclusão social e política e econômica destas pessoas. Assim não se trata mais de “curar” ou corrigir uma “doença”, mas de respeitar as diferenças de subjetividade presente, após um longo período de exclusão alicerçada em diagnósticos psiquiátricos que rotulavam e limitam estas pessoas. Os usuários de saúde mental são novos sujeitos de direito. Não há um “objeto” a ser estudado, mas um cidadão que possui direitos a serem respeitados e exercidos em sua totalidade<sup>19</sup>, pois sem dúvida! O paciente em saúde mental tem o direito de ser tratado com humanidade e respeito, direito à admissão voluntária em uma instituição psiquiátrica, direito à privacidade e liberdade. Direito de votar, trabalho, habitação e educação, receber o tratamento em comunidade e garantias judiciais expressas na legislação<sup>5</sup>.

Para que os direitos e cuidados de saúde mental se deem de forma satisfatória, é imprescindível que além de haver uma rede integrada dos dispositivos em saúde mental, haja também profissionais de diferentes formações capazes de se integrarem enquanto equipe interdisciplinar, o que demonstra a disponibilidade de troca de saberes e disponibilidade afetiva entre a equipe no desenvolvimento do trabalho. E isso implica na viabilização da inclusão social e cidadania dos pacientes de saúde mental como sujeito de direitos, principal objetivo da RP. Logo, é preciso flexibilizar os limites sociais para “fazer caber” a diferença representada pela loucura/doença mental, como o caso acima descrito<sup>20</sup>.

Infelizmente o Estado brasileiro é o principal violador dos direitos sociais a pacientes em saúde mental vulneráveis, pela insuficiência do Estado, burocracia e morosidade em tramitar os processos na justiça. Estes entraves atrapalham o projeto de reabilitação psicossocial, pois, seria hipócrita não dizer que um projeto para ser operacionalizado precisa de recursos financeiros, além dos físicos e estruturais. E a realidade que vivemos é um sistema capitalista de consumo, marcado pelo neoliberalismo, e para ter sustentabilidade, um projeto de RP necessita de fonte de recurso financeiro. Portanto, sem políticas sociais que fomentem isso não será possível proporcionar a RP em casos complexos de saúde mental. E estaremos ainda “estrangulados” pelos hospitais psiquiátricos que justificam a sua função, de forma genérica, na ineficiência da Rede de Atenção Psicossocial, principalmente no dispositivo, tão importante no cuidado em rede, o CAPS.

### Considerações finais

Pelo referencial teórico da RP, e dos pressupostos de saúde mental e direitos humanos, é possível promover a RP em um paciente usuário do serviço de saúde mental, por meio do trabalho em equipe e integração dos profissionais e rede de saúde mental.

Todavia, é necessário o fortalecimento das instituições da RAPS, maiores engajamentos político e social, presença dos gestores e Estados brasileiros nas formulações de políticas sociais, aliadas aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental Comunitária. Também é imprescindível o comprometimento dos órgãos judiciais pela causa, em garantir a justiça social aos pacientes com transtorno mental grave e persistente.

Além disso, é importante a participação dos profissionais de saúde mental, saúde em geral e assistência social no desenvolver da autonomia e bem-estar ao paciente com transtorno mental, de forma a inseri-lo plenamente em sua comunidade, proporcionando que se possa por meio da educação em saúde transformar as mentalidades coletivas, da comunidade, em relação à periculosidade do paciente com transtorno mental e desenvolver práticas colaborativas e pautadas na empatia e solidariedade.

Por fim, é crucial existir integração entre enfermagem, psicologia, medicina e outras disciplinas necessárias à construção do PTS, para juntos traçarem projetos de reabilitação psicossocial condizentes com a realidade e com efeito prático – rompendo com a inércia teórica e burocracia institucional para a resolutividade, humanização e cuidado integral.

### Referências

- <sup>1</sup> Pinto DM et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3):493-502.
- <sup>2</sup> Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In: Pitta AMF (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil.* São Paulo: Hucitec; 2016.
- <sup>3</sup> Silva EV, Ribeiro MC, Souza MCS. The performance of health professionals in a custody and psychiatric treatment hospital: the perspective of the psychosocial rehabilitation. *Cad Bras Ter Ocup.* 2018; 26(2):315-327.
- <sup>4</sup> BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 60p.
- <sup>5</sup> Moll MF et al. Os cuidados de enfermagem e o exercício dos direitos humanos: uma análise a partir de realidade em Portugal. *Esc Anna Nery.* 2016; 20(2):236-242.
- <sup>6</sup> Delgado PG. A Psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *In: Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva.* 1997; 6(16):41-43.
- <sup>7</sup> Tenório F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *In: História, Ciências, Saúde.* Manguinhos. 2002; 9(1):25-59.
- <sup>8</sup> Campos FAAC, Guedes D, Feitosa FB. A construção do protocolo de enfermagem para operacionalizar o processo de enfermagem em Saúde Mental. *Saúde em Redes.* 2019; 5(1):163-179.
- <sup>9</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: Diário Oficial da União 31 jan 2012.
- <sup>10</sup> Campos FAAC, Feitosa FB. Protocolo de Diagnóstico da Depressão em Adulto (PDDA). Curitiba:

Appris; 2018.

- <sup>11</sup> Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006; 8(16):20-45.
- <sup>12</sup> Pitiá ACA, Furegato ARF. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Comunic., Saude, Educ.* 2009; 13(30):67-77.
- <sup>13</sup> BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União 10 jan 2002.
- <sup>14</sup> Townsend MC. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos na prática baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
- <sup>15</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 10.216, de 06 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. Brasília: Diário Oficial da União 06 abril 2001.
- <sup>16</sup> Saraceno B. *Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio*. In: Pitta AMF (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2016.
- <sup>17</sup> Basaglia F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- <sup>18</sup> Birman J. *A cidadania tresloucada*. In: Bezerra Junior B, Amarante P (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
- <sup>19</sup> Amarante P. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica*. *Cad. Saúde Pública*. 1995; 11(3):491-94.
- <sup>20</sup> Lobosque AM. *Princípios para uma Clínica Antimanicomial*. São Paulo: Hucitec; 1997.

## Apêndices

### Quadro 1 – Etapas para reabilitação psicossocial.

Etapas	Desenvolvimento	Período
Elaboração do projeto	- Identificação dos problemas, avaliação psicossocial do paciente, visitas a família e identificação das situações-problema e intervenções possíveis, capacitação dos profissionais e serviços que cuidarão do paciente e levantamento dos recursos na comunidade em apoio ao paciente.	1 mês
Implementação do projeto	- Divisão das responsabilidades aos envolvidos; -Execução das ações previstas no projeto; -Inserção na sociedade.	6 meses
Avaliações	-Reunião e acompanhamento por grupo de <i>WhatsApp</i> , podendo ser por videoconferência.	A cada 2 meses



Observação: isso tem que ser planejado e realizado enquanto o paciente está internado ou institucionalizado, por isso é imprescindível que instituições de saúde mental tenham uma equipe de reabilitação psicossocial em seu quadro funcional.

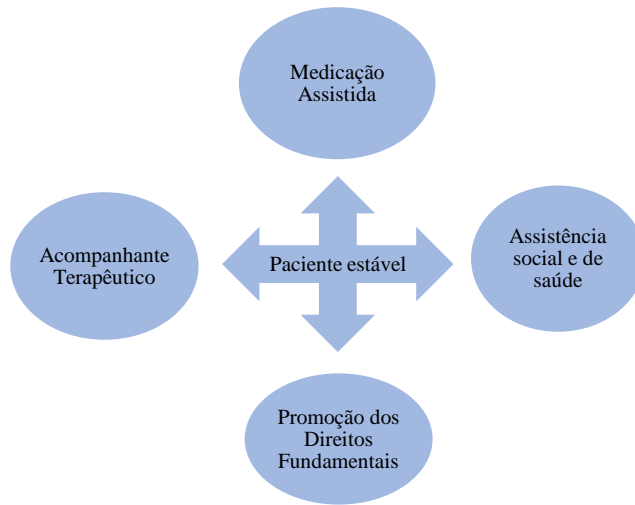
**Quadro 2** – Dificuldades e contribuições.

Dificuldades	Contribuição
<p>Comprometimento dos profissionais/família envolvidos; morosidade do judiciário; dificuldade do serviço público em ter recursos para adquirir cestas básicas; morosidade do INSS em liberar o BPC; ausência de CAPS no município e incerteza de que a qualquer momento, ao acabar a pandemia, serão retirados os recursos financeiros condicionado à pandemia (auxílio social do governo federal).</p>	<p>É possível reabilitar pacientes com transtornos mentais graves, diminuição das internações psiquiátrica; pelas falas dos profissionais no grupo de <i>WhatsApp</i> percebeu-se a sensação de segurança aos habitantes do município ao compreender a loucura de forma menos estigmatizante; melhor divisão de tarefas/funções em saúde mental, trabalho em equipe, desenvolvimento da autonomia, exercício da cidadania, mudança da percepção da loucura no imaginário social e possibilitar ao paciente gerir sua vida dentro de suas possibilidades cognitivas, socioafetiva e estruturais.</p>

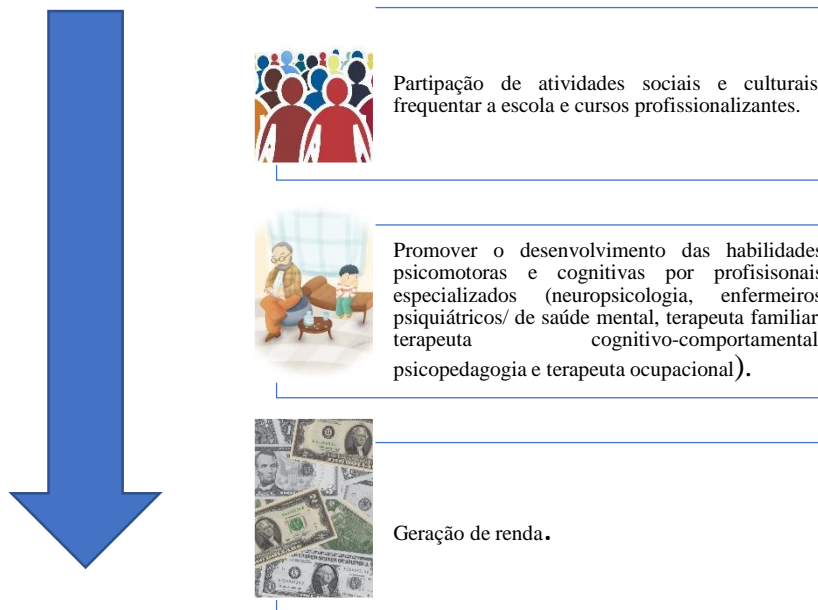
**Figura 1** – Entidades envolvidas no processo de reabilitação psicossocial.



**Figura 2** – Modelo prático da reabilitação psicossocial do usuário que ilustra o *continuum* em saúde mental para mantê-lo estável\*.



**Figura 3** – Ideal para o paciente: os desafios para as políticas de saúde mental.



\* O sentido empregado nesse trabalho de “estabilidade do paciente” vai além de responder à intervenção medicamentosa (foco no modelo biomédico) com intuito de contenção química. O conceito de “estabilidade” é um momento contínuo em que o paciente é capaz de se organizar socialmente e estabelecer relações socioafetivas na sua comunidade.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

<b>NOME:</b>	<b>IDADE:</b>
<b>CNS:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>TELEFONE:</b>	
<b>CUIDADOR:</b>	
<b>TRABALHO/RENDA:</b>	
<b>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:</b>	

**HISTÓRIA RESUMIDA DO PACIENTE<sup>xi</sup>:**

---

---

---

---

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE MENTAL<sup>xii</sup>:**

---

---

---

---

**METAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL<sup>xiii</sup>:**

---

---

---

<sup>xi</sup> Nesse item se resume a história psicossocial do paciente, de forma breve e que se compreenda o caso.

<sup>xii</sup> Aqui se colocam os diagnósticos identificados que favorecem o adoecimento em saúde mental. Entende-se que estes “diagnósticos” são de ordem biopsicossocial.

<sup>xiii</sup> Nesse item se realiza o planejamento. Faz-se a pergunta “o que vamos fazer”? Qual tempo necessário para ação? Poderia se denominar de objetivos do projeto, de forma a se resolverem os problemas identificados no caso sobre intervenção.

**PACTUAÇÕES COM OS ATORES SOCIAIS/SERVIÇOS<sup>xiv</sup>:**

---



---



---



---

AVALIAÇÃO <sup>xv</sup> PROGRAMADA DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR					
METAS/PACTUAÇÃO	RESPONSÁVEL	C	P	N	OBS:
<b>LEGENDA:</b>	<b>C: Cumpriu, P: Cumpriu parcial, N: Não cumpriu, OBS: Observação.</b>				

**Submissão: 29/0/2020**

**Aceite: 23/11/2020**

<sup>xiv</sup> É parte crucial do projeto, em que se delegarão as responsabilidades a cada profissional, instituição ou participantes do projeto, com o intuito de adequar as metas e resolver os problemas identificados.

<sup>xv</sup> Todo projeto precisa ser avaliado periodicamente para que seja efetivo, e se monitorizem os resultados. O quadro possibilita visualizar o que foi cumprido, onde é preciso reajustar e reformular o projeto terapêutico.