

DOCUMENTO NORTEADOR SOBRE PTS

DEMANDA: RESOLUÇÃO CNJ N.487/2023 : ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) PELA RAPS.	ÁREA TÉCNICA: ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL EQUIPE DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI (EAP)
	DATA: 09/09/2024

A Resolução CNJ n.487/2023 tem como premissa o interesse exclusivo pelo tratamento em benefício da saúde, com vistas a dar suporte para reabilitação psicossocial por meio da inclusão social. Nesse sentido, a medida de tratamento ambulatorial deve ser priorizada em detrimento da medida de internação, e esse processo deverá ser acompanhado pela autoridade judicial a partir de fluxos estabelecidos entre o Poder Judiciário e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Nessa perspectiva, como forma de assegurar o cumprimento da Resolução supracitada na Bahia, a Corregedoria Geral do Tribunal de Justiça do Estado (TJ/BA) instaurou o Provimento Conjunto nº CGJ/CCI-03/2024, que dispõe sobre a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecida pela Resolução nº487/2023 do CNJ, no âmbito do Estado da Bahia. Desta forma, reitera o novo fluxo estabelecido para atenção à saúde mental das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei: "*As autoridades judiciais competentes para execução da medida de segurança oficiarão às RAPS para acompanhamento da pessoa custodiada, construção do Projeto Terapêutico Singular – PTS e indicação do tratamento em saúde mais adequado*".

Destaca-se que, conforme a Portaria GM/MS nº3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por sete componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial.

Segundo a mesma Portaria, no âmbito da atenção psicossocial especializada, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços que atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Nesse sentido, o cuidado no CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo

em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação desse cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Primária.

De acordo com o *Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental* e o *Manual de Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*, o PTS pode ser compreendido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar que leva em conta as necessidades, expectativas, crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido.

Nessa perspectiva, é essencial que, na elaboração do PTS, seja considerando a história de vida do sujeito em suas diferentes dimensões (biológica, psicológica e social). Desse modo, é imprescindível que o PTS não seja limitado às atividades realizadas no próprio serviço, mas sim que haja ativação de outras instâncias como os recursos comunitários e outros serviços de saúde e instituições intersetoriais. Assim, como proposição de roteiro norteador para elaboração e organização do PTS, são sugeridos os seguintes aspectos: diagnóstico situacional; definição de objetivos e metas; divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação do PTS.

Ressalta-se que, para os municípios que não dispõem na sua rede de saúde do CAPS, o cuidado em saúde mental será, primordialmente, ofertado pelo componente da atenção básica, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 3.088/2011: “a Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede”.

Em relação a elaboração do PTS, destaca-se que este pode ser sistematizado em quatro momentos, conforme *Caderno da Atenção Básica*, nº39:

1) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social;

2) Definição de ações e metas: após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição;

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de AB e Nasf) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações;

4) Reavaliação: neste momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias.

SUGESTÃO DE MODELO DE PTS

1.Diagnóstico Ampliado:

1.1.Dados pessoais: nome, idade, filiação, paternidade, maternidade, escolaridade, nr. de filhos e a idade, se tiver; dados dos pais, idade (se tiverem vivos); nr. de irmãos, idade, local de moradia dos familiares, documentações pessoais que possuem, etc;

1.2.Contexto familiar, educacional e religioso: relações entre os membros em família; da família com ele e dele com a família; conflitos familiares; escolaridade do paciente; motivos de não conclusão (se for o caso) desenvolvimento infantil e adolescência e adultez; vínculos dos familiares com o paciente; maiores dificuldades em lidar com o paciente na visão dos familiares, religião e/ou práticas religiosas, etc...;

1.3.Contexto socioeconômico e profissional: realidade econômica do paciente, da família; histórico profissional ou de habilidades; número de moradores na residência, idade e

ocupação; acesso aos serviços de saúde e da assistência social e direitos sociais, identificar se recebe algum tipo de benefício;

1.4.Contexto relacional comunitário: características sociais e culturais da moradia e da comunidade, relacionamento da comunidade com o paciente e do paciente com a comunidade, percepção da comunidade acerca dele, percepção dele acerca da comunidade, a aceitabilidade do paciente, como a comunidade vê a relação da família;

1.5.Histórico de saúde mental: história psiquiátrica do paciente e da família, sintomas atuais do paciente, desenvolvimento cognitivo e social do paciente, crise, internações, tratamentos, comorbidades psiquiátricas;

1.6.Estado Clínico Geral (não psiquiátrico): aparência geral do paciente; exames complementares realizados recentemente; outras doenças não psiquiátricas que possui, bem como, seus familiares.

2. Habilidades/ Interesses/ Potencialidades (Paciente E Família)

2.1. Problemas (paciente e família)

- a) Geral
- b) Prioritários

2.2.Condução Terapêutica (objetivar qual a meta que se deseja alcançar com o cuidado integral do paciente)

Nº	META TERAPÊUTICA	RESPONSABILIDADE	PRAZO DA CONDUTA	OBSERVAÇÃO
01				
02				
03				
04				
05				
06				

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) ;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34);

Instrumento” *Plano Acompanhamento Territorial (PAT)*” - EAP-Desinst/Brasil;

Provimento Conjunto nº CGJ/CCI-03/2024, que dispõe sobre a implantação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecida pela Resolução nº487/2023 do CNJ, no âmbito do Estado da Bahia;

Resolução CNJ n. 487, de 15 de fevereiro de 2023, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a Lei n. 10.216/2001 no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Justiça.