

Del Proyecto Terapéutico Singular al Proyecto de Rehabilitación Psicosocial: percepción de profesionales de salud mental

Do Projeto Terapêutico Singular ao Projeto de Reabilitação Psicossocial: percepção de profissionais de saúde mental

On the Singular Therapeutic Project to the Psychosocial Rehabilitation Project: perception of mental health professionals

Recibido: 13/03/2025 Aprobado: 18/06/2025 Publicado: 29/07/2025

 Marciana Fernandes Moll¹,  Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos²,  Kenny Paolo Ramponi³
 Mariana Tacach Garcia¹,  Carla Aparecida Arena Ventura⁴

Resumen:

Objetivo: analizar las percepciones de profesionales de salud mental sobre el proyecto de rehabilitación psicosocial. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en 2023, por medio de un grupo focal con profesionales de salud mental de nivel superior que actúan en un Centro de Atención Psicosocial del interior de São Paulo. Los datos fueron transcritos y analizados mediante el análisis temático propuesto por Braun y Clarke, con el apoyo del software Atlas.ti. **Resultados:** participaron ocho profesionales y emergieron los temas: 1) *Sentidos atribuidos a la rehabilitación psicosocial y al proyecto de rehabilitación psicosocial por los profesionales de salud mental del CAPS III* y 2) *Proyecto de rehabilitación psicosocial: definición, potencialidades, instrumento de cuidado y dificultades*. Se verificó que la rehabilitación psicosocial se relaciona con la reconstrucción de la autonomía, la funcionalidad y la vida comunitaria de las personas con trastornos mentales. A su vez, el proyecto de rehabilitación psicosocial fue considerado una herramienta de cuidado y de articulación entre los servicios de salud mental, pero su efectividad estaría condicionada a la valorización de los profesionales acerca de la singularidad de las personas con trastornos mentales. Las principales barreras identificadas fueron: imprecisión política, comunicación fragmentada entre los servicios, subfinanciación de los Centros de Atención Psicosocial, dependencia familiar de las personas atendidas, estigma y marcadores sociales que limitan el acceso. **Conclusión:** la efectivización del proyecto de rehabilitación psicosocial está atravesada por barreras estructurales, sociales y políticas. El fortalecimiento de la rehabilitación psicosocial como política pública y su valorización como herramienta distinta y estructurante del cuidado, así como la superación de desigualdades sociales y estigmas son esenciales para la promoción de la ciudadanía, la autonomía y la inclusión social de las personas con trastornos mentales.

Palabras Clave: Intervención psicosocial; Salud mental; Servicios Comunitarios de Salud Mental.

Resumo:

Objetivo: analisar as percepções de profissionais de saúde mental sobre o projeto de reabilitação psicossocial. **Método:** estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado em 2023, por meio de grupo focal com profissionais de saúde mental de nível superior atuantes em um Centro de Atenção Psicossocial do interior de São Paulo. Os dados foram transcritos e analisados por meio da análise temática proposta por Braun e Clarke, com suporte do software AtlasTi. **Resultados:** participaram oito profissionais e emergiram os temas: 1) *Sentidos atribuídos à reabilitação psicossocial e projeto de reabilitação psicossocial pelos profissionais de saúde mental do CAPS III* e 2) *Projeto de reabilitação psicossocial: definição, potencialidades, instrumento de cuidado e dificuldades*. Verificou-se que a reabilitação psicossocial se relaciona à reconstrução da autonomia, funcionalidade e vida comunitária das pessoas com transtornos mentais. Por sua vez, o projeto de reabilitação psicossocial foi considerado uma ferramenta de cuidado e de articulação entre os serviços de saúde mental, mas sua efetividade se condicionaria à valorização dos profissionais acerca da singularidade das pessoas com transtornos mentais. Os principais entraves identificados foram: imprecisão política, comunicação fragmentada entre os serviços, subfinanciamento dos Centros de Atenção Psicossocial, dependência familiar das pessoas assistidas, estigma e marcadores sociais limitando o acesso. **Conclusão:** a efetivação do projeto de reabilitação psicossocial é atravessada por barreiras estruturais, sociais e políticas. O fortalecimento da reabilitação psicossocial como política pública e sua valorização como ferramenta distinta e estruturante do cuidado, assim como, a superação de desigualdades sociais e estigmas são essenciais para a promoção da cidadania, autonomia e inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Palavras-chave: Intervenção psicossocial; Saúde mental; Serviços comunitários de saúde mental.

Abstract:

Objective: to analyze the perceptions of mental health professionals regarding the psychosocial rehabilitation project. **Methods:** a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, conducted in 2023, through a focus group with higher-level mental health professionals working at a Psychosocial Care Center in the interior of São Paulo. Data were transcribed and analyzed using the thematic analysis proposed by Braun and Clarke, supported by AtlasTi software. **Results:** eight professionals participated, and the following themes emerged: 1) *Meanings attributed to psychosocial rehabilitation and the psychosocial rehabilitation project by mental health professionals at CAPS III*; and 2) *Psychosocial rehabilitation project: definition, potential, care instrument, and difficulties*. It was found that psychosocial rehabilitation is related to the reconstruction of autonomy, functionality, and community life for people with mental disorders. In turn, the psychosocial rehabilitation project was considered a tool for care and coordination between mental health services, but its effectiveness would be conditioned by the professionals' appreciation of the uniqueness of people with mental disorders. The main obstacles identified were: political imprecision, fragmented communication between services, underfunding of Psychosocial Care Centers, family dependence of those receiving care, and stigma and social markers limiting access. **Conclusion:** the implementation of the psychosocial rehabilitation project is hampered by structural, social, and political barriers. Strengthening psychosocial rehabilitation as a public policy and its recognition as a distinct and structuring tool for care, as well as overcoming social inequalities and stigmas, are essential for promoting citizenship, autonomy, and social inclusion for people with mental disorders.

Keywords: Psychosocial intervention; Mental health; Community mental health services.

Autor Correspondiente: Carla Aparecida Arena Ventura. **E-mail:** caaventu@eerp.usp.br

1. Facultad de Enfermería de la Universidade Estadual de Campinas, São Paulo/SP, Brasil

2. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, Brasil

3. Consejo Regional de Enfermería – Sección São Paulo, SP, Brasil

4. Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, Brasil

INTRODUCCIÓN

La Rehabilitación Psicosocial (RP) surge en Estados Unidos, alrededor de 1940, como un movimiento social, a través de los encuentros de antiguos internos del *Rockland State Hospital*, que se reunían debajo de las escaleras de la biblioteca pública de la ciudad de Nueva York hasta que adquirieron un edificio propio en Manhattan¹. Ese grupo de personas se autodenominó WANA (*We Are Not Alone* en traducción literal “No estamos solos”), y recibió apoyo de la sociedad civil con acciones de capacitación y vivienda²⁻⁴. Sin embargo, la RP solo se consolida como campo de estudio a partir de 1970, debido a las políticas del gobierno estadounidense a favor de la financiación pública² y pasó a ser un proceso que valora las potencialidades y la comprensión del usuario, ofreciéndole apoyo vocacional, familiar y de profesionales de salud mental, y también proporcionando el acceso a los derechos fundamentales⁵.

Existen, además, definiciones acerca de la rehabilitación psicosocial que se enfocan en el *Recovery* con la producción de elecciones autodirigidas, individualizadas e impregnadas por la resiliencia⁶, lo que ocurre por medio de actividades laborales apoyadas y rehabilitación vocacional^{7,8}, así como por viviendas de carácter terapéutico, tal como la *Clubhouse* o residencias terapéuticas, dependiendo de la política vigente en el país^{1,4,9}.

Desde otra perspectiva, la RP es un proceso de reconstrucción del ejercicio pleno de la ciudadanía y del poder contractual en los escenarios de vida de la persona con sufrimiento psíquico: hábitat, redes sociales y trabajo¹⁰. También, la RP es comprendida como un proceso de restitución del poder contractual de la persona en sufrimiento psíquico para aumentar su autonomía y participación social, calidad de vida, bienestar y felicidad^{11,12}.

En los servicios de salud mental brasileños coexisten prácticas y “procesos” con base en la “rehabilitación”, lo que ocurre mediante la adopción de las metas, principios y valores de la rehabilitación psicosocial, pero en ellos todavía existe un proceso de trabajo fragmentado que, a veces, utiliza prácticas manicomiales e institucionalizantes en el proceso de cuidar a las personas con trastornos mentales relacionados o no con el uso de sustancias psicoactivas¹³.

El Proyecto de Rehabilitación Psicosocial (PRP) se configura como un método capaz de operacionalizar el proceso de rehabilitación psicosocial y sistematizarlo en el campo de la salud mental brasileña³, permitiendo al profesional de salud mental identificar problemas, necesidades psicosociales y demandas de la persona atendida¹⁴. Este proyecto debe ser flexible, creativo, individualizado y personalizado, proporcionando oportunidades de experimentación y producción de sentidos de vida, autonomía, relaciones socioafectivas y resiliencia frente a los desafíos¹⁵.

El PRP es diferente del proyecto terapéutico singular (PTS), ya que el PRP se fundamenta en la teoría de la rehabilitación psicosocial, enfocando su sistematización de forma tangible, real y contextual al proceso de desarrollo de la autonomía y ejercicio de la ciudadanía³.

Para que el profesional de salud mental pueda implementar con eficiencia el proceso de rehabilitación psicosocial es esencial desarrollar un proyecto de rehabilitación psicosocial, y esto exige: amplio conocimiento en salud mental, habilidad clínica para identificar problemas y diagnósticos en salud mental, capacidad de elegir intervenciones que resuelvan/minimicen los problemas demandados, comunicación efectiva, trabajo colaborativo, compromiso y apoyo de la gestión de los servicios de salud mental^{3,13,16}.

Considerando la necesidad de profundizar en las investigaciones científicas que involucren la RP y el PRP para contribuir a la consolidación de un proceso de cuidado basado en los presupuestos de la Reforma Psiquiátrica y en reflexiones que involucren la estructuración de un proyecto de rehabilitación psicosocial orientado por la teoría de la rehabilitación psicosocial^{3,14,16}, se desarrolló esta investigación, cuyo objetivo es analizar las percepciones de profesionales de salud mental sobre el Proyecto de Rehabilitación Psicosocial.

MÉTODO

Estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en 2023, conforme a las recomendaciones de los Criterios Consolidados para el Reporte de Investigaciones Cualitativas (COREQ)¹⁷. Aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo (dictamen n.º 6.605.152 y CAAE: 75372623.50000.5393).

El estudio se realizó en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) orientado a la atención de adultos con trastornos mentales graves y persistentes no relacionados con el uso perjudicial de sustancias psicoactivas de un municipio del interior de São Paulo, Brasil, que se clasifica como CAPS III por funcionar en régimen de acogida ininterrumpida durante 24 horas.

Participaron en la investigación profesionales de salud mental que componían el equipo técnico y se establecieron los siguientes criterios de inclusión: tener nivel superior, actuar en su área de formación académica y estar trabajando en dicho CAPS por, al menos, un año. La experiencia de al menos un año en salud mental es fundamental para que estos profesionales hayan vivenciado los desafíos y la particularidad del trabajo en esta área¹⁸. Fueron excluidos los profesionales que se encontrasen de vacaciones o con licencias médicas.

Buscando cumplir los preceptos éticos de las investigaciones que involucran a seres humanos, uno de los investigadores visitó el CAPS en estudio para presentarse a la

coordinación, entregar el dictamen emitido por el Comité de Ética en Investigaciones con seres humanos e informar sobre las propuestas y procedimientos para la recolección de datos, así como para agendar la recolección y solicitar la disponibilidad de un lugar para su realización. En este encuentro, también, se presentaron los criterios de inclusión y se solicitó a la coordinadora que invitase a los profesionales a participar. Ella los invitó a participar durante una reunión técnica y se verificó que existían once profesionales elegibles, de los cuales ocho aceptaron participar en la investigación.

Para la recolección de los datos, se utilizó el grupo focal, que busca obtener datos a partir de la interacción entre los participantes, por medio de una entrevista realizada con grupos pequeños y homogéneos (de seis a doce participantes)¹⁹. La posibilidad de que el moderador centre la discusión a partir de la dinámica de grupo, el corto tiempo necesario para su ejecución, la posibilidad de extraer información en profundidad por medio de la interacción e influencia del grupo, y la libertad de los participantes para expresar sus opiniones, favoreciendo la obtención de aspectos reales a partir de vivencias cotidianas de la exposición de divergencias y convergencias entre los participantes, representan las ventajas del grupo focal, y por ello se escogió esta técnica para la obtención de los datos²⁰.

El grupo se inició tras la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) y la comunicación a los participantes de que su identidad sería preservada y que serían denominados P (participante) con números secuenciales, de acuerdo con el orden de llegada al grupo. Con la moderación de uno de los investigadores, el grupo focal (GF) duró sesenta minutos y fue grabado, previa autorización de todos los participantes. Las preguntas generadoras fueron: *¿Qué es la Rehabilitación Psicosocial? ¿Qué sería un Proyecto de Rehabilitación Psicosocial?* Y, al término del GF, se entregó a cada participante un instrumento que buscaba caracterizarlos (edad, sexo, raza, escolaridad y experiencia profesional), el cual fue cumplimentado individualmente.

El material grabado fue transcrito con el auxilio del *software* Transkriptor, que transcribe textos de vídeos y audios grabados para Microsoft Word. A continuación, este material fue leído minuciosamente en el programa de ordenador Atlas.ti, *software* para la gestión de datos cualitativos²¹. Los datos obtenidos fueron analizados por medio del análisis temático, que comprende las siguientes etapas: 1. Familiarización con los datos; 2. Generación de códigos iniciales; 3. Búsqueda de temas y subtemas; 4. Revisión de los temas y subtemas; 5. Definición y nominación de los temas y subtemas; 6. Producción del informe con resultados de los temas, subtemas y códigos^{22,23}.

RESULTADOS

De los ocho participantes, siete eran del sexo femenino, de color autodeclarado blanco y también especialistas en salud mental, de las cuales una tenía un doctorado en el área. La edad media fue de 40 años. En cuanto a la profesión, tres eran enfermeros, dos psicólogos, y uno de cada una de las siguientes formaciones: médico, asistente social y terapeuta ocupacional. Y todos poseían una media de nueve años de actuación en salud mental.

Tras el análisis de los datos emergieron dos temas: 1) *Sentidos atribuidos a la rehabilitación psicosocial y al proyecto de rehabilitación psicosocial por los profesionales de salud mental del CAPS III* (presentando los subtemas: “Origen, estrategia e instrumentos de la Rehabilitación Psicosocial” y “Barreras para la rehabilitación psicosocial”); y 2) *Proyecto de rehabilitación psicosocial: definición, potencialidades, instrumento de cuidado y dificultades* (con los subtemas: “Proyecto de rehabilitación psicosocial: definición, potencialidades, instrumento de cuidado” y “Dificultades percibidas por los profesionales de salud mental frente al proyecto de rehabilitación psicosocial”). La Tabla 1 describe los temas, subtemas y códigos.

Tabla 1. Tema general, subtemas y códigos producidos del Grupo Focal realizado en el CAPS. Interior de São Paulo/Brasil, 2023.

Tema 1: Sentidos atribuidos a la rehabilitación psicosocial y al proyecto de rehabilitación psicosocial por los profesionales de salud mental del CAPS III		Síntesis narrativas de los hallazgos
1.1 Origen, estrategia e instrumentos de la Rehabilitación Psicosocial		
Código: La rehabilitación psicosocial se origina con la reforma psiquiátrica, siendo el CAPS un dispositivo extrahospitalario	<i>La RP (comienza) con la Reforma Psiquiátrica que tuvo (...) todo ese cierre de los manicomios. (...) Una de las ideas de la RP, de forma más amplia, es concretar la Reforma Psiquiátrica, que sacó a los pacientes psiquiátricos del manicomio, siendo necesario (re)insertar a ese paciente en la sociedad (...). Y los CAPS fueron creados para asistir a esos pacientes. Para ser un dispositivo extrahospitalario, para ayudar al paciente psiquiátrico... (P1).</i>	
Código: La rehabilitación como estrategia de entendimiento y desarrollo de la funcionalidad social, emocional y autonomía de la persona con trastorno mental	<i>Que en términos de concepto, que lo principal, que incluso viene con la Reforma Psiquiátrica es (poder) entender al paciente psiquiátrico como un sujeto de deseos y voluntades, y (...) (que) él tenga esa autonomía para su propio tratamiento (P2). Entonces, como que tenemos un momento para que él pueda desarrollarse, y desarrollar esas estrategias, ¿no?... (que son) recursos para que él pueda ser activo allá afuera, con la familia, con los amigos y con la profesión (P3). Es ayudar a desarrollar recursos emocionales, y si se mira desde la perspectiva del paciente psiquiátrico, y sin descartar todo lo demás, que no se puede quedar solo en eso (P4). (...) Pero cuando ves cada paso que el paciente da en dirección a la autonomía, ¿no? (P2). Si hay que mirar, es al paciente psiquiátrico, en el sentido de pensar qué tenemos que trabajar con él. Ahí yo preferiría fortalecer la autonomía, la socialización y los recursos emocionales (P4).</i>	
Código: Escucha activa y acogida como instrumento de la rehabilitación psicosocial	<i>(...) Recuerdo lo importante que era el momento en que el paciente era escuchado. Ese era el momento en que él se sentía tratado con dignidad, siendo escuchado. Recuerdo lo importante que era eso para este paciente... Podía ser la conversación más simple (...), pero tener ese espacio, ¡qué importante era para él! Para él, el CAPS III lo ve como persona (...). A veces no era ni lo que iba a decir, pero sabía que tenía un espacio para hablar en el CAPS (P5).</i>	
1.2 Barreras para la rehabilitación psicosocial		
Código: Imprecisión política y normativa de la rehabilitación psicosocial en el contexto brasileño.	<i>Nosotros mismos no entendimos la (RP) como política, sino como herramienta. Pero eso es algo que debería ser un derecho social garantizado para estas personas, porque existe, pero no es algo que esté consolidado (P6). Si te pones a pensar, habrá involucrado ahora muchas cosas... las normativas no fueron repensadas... hicieron la normativa, toda una legislación, pero en el día a día encontramos mucha dificultad para ponerla en práctica, porque falta mucho en el servicio (P1).</i>	
Código: Comunicación fragmentada, con desencuentros y desarticulación de las acciones de RP con los dispositivos de la RAPS.	<i>No tenemos comunicación con responsabilidad de territorio. Entonces... así... tenemos los mecanismos en el territorio, ¿no?... (como ejemplo), el CRAS/CREAS, como también todos los dispositivos de la red, pero no tenemos una ampliación de esa actuación, ¿no? Enfrentamos una desarticulación con otros servicios y es algo mucho mayor que no se queda aquí dentro de un CAPS. Es necesario ampliar estrategias de comunicación para que sean digeribles, porque existe de hecho el proceso de RP, pero nos quedamos aislados dentro de los servicios. Por ejemplo, ofertamos cosas aquí, pero no tenemos comunicación, por ejemplo, con la Secretaría de educación (...) de cultura (P6).</i>	
Código: Fallo en el proceso de desinstitucionalización del paciente psiquiátrico.	<i>No siempre logramos desarrollar la RP, pues para que el paciente sea insertado nuevamente en la sociedad, acaba necesitando, a veces, regresar varias y varias veces al ambiente hospitalario, que no era nuestro objetivo. Nuestro objetivo era que la persona lograra insertarse en la sociedad nuevamente. Entonces esa parte creo que es la más frustrante para nosotros como profesionales de salud mental, porque parece que estamos fallando (P7).</i>	
Código: Subfinanciación del servicio CAPS y búsqueda por el equipo de fuentes informales para acciones de rehabilitación psicosocial.	<i>Quería complementar que tuvimos una buena experiencia para costear unas festividades, que fue hacer una rifa. Porque hay pacientes que tienen condiciones de contribuir, otros no. Algunos están intentando obtener algún tipo de beneficio o la familia tiene mejor condición. Sería bueno hacerlo de una forma que agregara a todos y que hubiera financiamiento para esas actividades socializadoras.</i>	
2. PRP: definición, potencialidades, instrumento de cuidado y dificultades		
2.1 PRP: definición, potencialidades, instrumento de cuidado		

La rehabilitación psicosocial resulta de la Reforma Psiquiátrica y ocurre, predominantemente, en el CAPS, donde se invierte en la singularidad de la persona con trastorno mental, buscando desinstitucionalizarla y ofrecerle acceso a la ciudadanía. La rehabilitación psicosocial tiene como meta promover la autonomía, proactividad, inclusión social y familiar, así como el desarrollo de la funcionalidad social y emocional de las personas con trastornos mentales. Entre los principales instrumentos para trabajar la rehabilitación están la escucha calificada y la acogida.
La imprecisión política de la rehabilitación psicosocial hace que todavía sea concebida como una estrategia y eso representa una barrera para su efectivización en los ámbitos del CAPS, que presenta dificultad de comunicación con otros dispositivos de la propia red de salud y con otros sectores esenciales para el proceso de RP. La desarticulación entre los servicios también propicia la reinternación de las personas con trastornos mentales y dificulta la RP que, además, tiene sus acciones socializadoras subfinanciadas.
El concepto y la operacionalización del PRP se confunden con las acciones

Código: La definición del PRP se confunde con las acciones del CAPS y la estructura del PTS.	<i>¿PRP? Yo creo que el propio CAPS III ya es un ejemplo de PRP (P7). El PRP es el PTS que realiza el equipo del CAPS (P1).</i>	desarrolladas por el CAPS y con el proyecto terapéutico singular. Pero su mayor potencialidad es favorecer el fortalecimiento de vínculos con la familia, con los dispositivos de la RAPS y otros sectores. De manera general, el PRP se configura como un instrumento orientador de las intervenciones terapéuticas, a ser construido en colaboración con familiares y usuarios, con la inclusión de las actividades terapéuticas ofrecidas en los servicios de salud y por otras intervenciones ofrecidas en otros sectores.
Código: Momento de construcción individual y colectiva, viabilizando un medio para reflexionar sobre las necesidades singulares de los pacientes psiquiátricos y el aprendizaje profesional/personal.	<i>El momento de la construcción es de extrema importancia, pues necesitamos pensar en las necesidades de cada individuo. Lo que ocurre aquí en el CAPS es la inclusión de los familiares, si están presentes, y del paciente. Con la participación efectiva del paciente en esta construcción, vemos sus necesidades y por eso es individual (P7). Evalúo que fueron momentos de gran crecimiento personal y profesional (P5). (...) Un momento muy importante para nosotros, los profesionales, donde podemos fortalecer vínculos, con parientes y familiares, conocer cuáles son sus demandas y qué dispositivos y abordajes están disponibles, y construir junto con pacientes y familiares esos abordajes (P1). Oportunidad de ampliar sus vivencias, porque cuando consideras la práctica son muchas maneras de enriquecer esas vivencias y valorar cada paso del paciente como único (P8).</i>	
Código: PRP como instrumento conductor de las intervenciones terapéuticas a los pacientes psiquiátricos, condicionado a los intereses y deseos del paciente.	<i>Pues el usuario puede de hecho opinar sobre lo que le interesa, de qué forma cree que puede diseñar su tratamiento, qué funciona realmente o no para él, y así nosotros, los profesionales de salud mental, vamos juntos a conducir lo que sería más viable, dentro de las posibilidades ofrecidas (P2). (..) Y ahí, dentro de esas actividades en grupo, él también logra percibir sus potencialidades. Entonces nosotros (...) comenzamos un taller de (...) alfombras. Y (...) la asamblea (que) es el momento de los pacientes, (...) las actividades (terapéuticas)... Porque es una forma de que logremos que este sujeto aprenda a lidiar con otras personas (...). (P3). Pero aquí sería un ensayo, ¿no?... En un ambiente más entre “comillas”, controlado para la vida allá afuera, ¿no?... (Pues las actividades terapéuticas del CAPS III) tienen incluso grupos en los que tenemos que trabajar eso además de la asamblea (P4). Entonces derivamos al paciente psiquiátrico a actividades físicas, estiramiento y proponemos a lo largo del año algunos encuentros y festividades, (...) paseos (P5).</i>	
Código: Las intervenciones del PRP deben ser articuladas con los dispositivos de la RAPS para la construcción de redes sociales en el territorio del paciente.	<i>Intentamos hacer los PTS para ellos aquí, hacer actividades y trabajar en el territorio también, porque el equipo busca no dejar al paciente psiquiátrico solo vinculado al CAPS. Muchas veces también sugerimos otras actividades en otros servicios de la RAPS. Vamos mucho al territorio, hacemos visitas y a través de eso intentamos también otros dispositivos fuera del CAPS. Ya hubo un paciente, ¿no?... aquí... que ya encontró empleo... (y) trabajó... a través de (nuestras) articulaciones aquí en el CAPS (P1).</i>	
2.2 Dificultades percibidas por los profesionales de salud mental frente al PRP		
Código: La falta de adherencia de la persona con trastorno mental al PRP, por ser este impositivo.	<i>A veces tú lo impones y él no se adhiere. Entonces, cuando eso se plantea, con la participación del usuario en consonancia con sus deseos y voluntades, él se adhiere (P7).</i>	La imposición del PRP a la persona atendida y sus familiares, la fragmentación de la red, el tiempo restringido y la falta de profesionales para planificar y acompañar el PRP constituyen importantes dificultades frente al PRP. La construcción histórica de la concepción de que la persona con trastorno mental es incapaz hace que la autonomía propuesta en el PRP no sea considerada por los familiares ni por la propia sociedad, que aún tiene estigmas importantes ante esta población. Hay, también, marcadores sociales (pobreza, injusticia social y racismo) que dificultan la proposición y aceptación de acciones del PRP en los espacios que trascienden al CAPS.
Código: El PRP es circular, abarcador y con necesidad de mayor tiempo para el seguimiento.	<i>Siempre tenemos dificultades en la práctica, porque la construcción no es lineal y depende de muchos factores desafiantes tanto para los pacientes como para los profesionales (P5). La dificultad mayor es garantizar que el PRP abarque todas las necesidades de ese individuo. Hay mucha dificultad en el seguimiento por cuestiones de tiempo y amplitud (involucrando equipo, familia, red, cuestiones sociales y falta de recursos) (P8).</i>	
Código: Dependencia familiar y estigma que incapacita a la persona con trastorno mental.	<i>Historial de dependencia de estos pacientes que, muchas veces infantilizados o que tienen una dependencia muy fuerte de la familia, y eso compromete la elaboración y la práctica del PRP. Pues la familia llega pensando que el paciente es incapaz, ¿no? (P4). Hay muchos estigmas sobre la persona que tiene algún trastorno de salud mental y eso compromete las prácticas del PRP (P7).</i>	
Código: Marcadores sociales (Pobreza, injusticia social y racismo)	<i>Los pacientes psiquiátricos tienen dificultad para insertarse en los territorios, principalmente porque pertenecen a una población negra, pobre y periférica, que vive una situación suburbana (P6).</i>	

Fuente: Datos de la encuesta.

DISCUSIÓN

En los orígenes de la rehabilitación psicosocial se destaca su relación directa con la Reforma Psiquiátrica, sobre todo con el proceso de desinstitucionalización y de construcción de un nuevo modelo de asistencia en salud mental fundamentado en la clínica ampliada con la garantía de la dignidad y el respeto a la persona con trastorno mental⁵, tal como fue señalado por los participantes de esta investigación.

Como resultados de ese proceso, surgen nuevas estrategias y entre ellas está la RP, que prioriza el cuidado en salud mental en el ámbito comunitario, permitiendo la expresión de la subjetividad, la valorización de la autonomía, los deseos y las voluntades⁶, y esto se corrobora con las narrativas de los profesionales.

En esta investigación se verificó que el CAPS representa el dispositivo más expresivo para instrumentalizar la RP, y estudios^{7,24} revelan que este servicio es una pieza fundamental para la promoción de la socialización y de la autonomía de la persona atendida, así como para la articulación con otros dispositivos de la Red de Atención Psicosocial, junto a otros sectores.

Conforme se identificó, la acogida y la escucha calificada constituyen importantes instrumentos para trabajar la rehabilitación psicosocial, y eso también fue señalado en el medio científico, que refuerza la importancia de dicha escucha para que la persona se sienta acogida, fortaleciendo la creación del vínculo y estimulando la autonomía del individuo inserto en el proceso terapéutico²⁵, tal como se propuso en la RP.

En las percepciones de los profesionales acerca del concepto, los orígenes, los instrumentos y las estrategias de RP, fue posible identificar que existen barreras para la rehabilitación psicosocial, lo que parece frustrarlos y descontentarlos, tal como fue mencionado por P7 y otros participantes al expresar dificultades para la inclusión social de las personas atendidas en el CAPS.

Entre las barreras para la RP, está la imprecisión política que debería ser vista, en el medio político, como un abordaje estratégico que exige determinación política para que se garantice un cuidado integral y ético a las personas atendidas, por medio de cambios estructurales reales con legislaciones y acciones de promoción de la salud mental para desmitificar el trastorno mental¹⁰. Sin embargo, esto todavía se configura como un desafío, pues la publicación, en los últimos años, de más de quince documentos normativos, resoluciones y edictos que priorizan la internación psiquiátrica y el cuidado en instituciones asilares para personas que hacen uso perjudicial de sustancias psicoactivas contradice el cuidado en libertad, respeto y autonomía²⁶.

Esa realidad parece dificultar la comunicación del CAPS con los demás dispositivos de la RAPS, con financiamiento insuficiente, lo que debilita la RP, pues un estudio¹³ señala que estas situaciones fomentan la desarticulación entre los servicios, vaciando su potencial y restringiendo la RP a una acción meramente simbólica o enfocada en las necesidades biológicas del usuario y no en su desarrollo como sujeto social y político¹⁰. La subfinanciación también precariza los servicios de salud mental de base comunitaria, exigiendo maniobras para mitigar la exclusión social y la marginación, y esto se vio agravado por la pandemia²⁶.

Otra barrera identificada se relaciona con las fallas en el proceso de desinstitucionalización, lo que también parece ser un reflejo de la imprecisión política, de la desarticulación entre los servicios de la RAPS y de la subfinanciación, pues es esencial que estas situaciones se resuelvan para facilitar el incentivo a oportunidades de vida y desarrollo social, la construcción de autonomía, la reivindicación y el ejercicio de la ciudadanía, con el protagonismo de la vida social en el proceso de trabajo junto a las personas con trastornos mentales atendidas en los CAPS⁸.

Ante tantos desafíos, todavía existe una tensión por parte de familiares y profesionales para la supervivencia de un cuidado integral basado en la libertad y en la inclusión social, y eso exige la estructuración de proyectos de rehabilitación psicosocial consistentes.

Sin embargo, la definición del PRP aún es oscura para los participantes, que lo asocian a las acciones desarrolladas por el CAPS y con el proyecto terapéutico singular. El PRP es una herramienta para articular el proceso de RP por permitir la planificación, la organización y la gestión del cuidado en salud mental, facilitando el proceso de trabajo de los profesionales, al crear condiciones en que las relaciones sociales entre el paciente psiquiátrico y el ambiente se multipliquen y se vuelvan autónomas^{10,13}.

Indiscutiblemente, en el contexto de las acciones desarrolladas por el CAPS existen actividades de RP, y estas pueden ser incluidas en el PRP, que se fundamenta en la teoría de RP¹⁰, mientras que el PTS está orientado a los procesos de salud en general, reuniendo al equipo ante casos complejos³.

Independientemente de la forma en que el profesional de salud nombre el instrumento que sistematiza su práctica, será un PRP si está centrado en las necesidades psicosociales de la persona con trastorno mental, buscando garantizar la plena ciudadanía, por medio de la construcción de una estrategia global de asistencia, por las acciones del CAPS, considerando el hábitat, la red social y el trabajo¹⁰.

La construcción del PRP propicia la organización del cuidado en salud mental, por medio de la articulación con los dispositivos de la RAPS, otros sectores y el territorio donde vive¹², y

esto realmente exige la presencia de la persona con trastorno mental y, si es posible, de sus familiares para que haya una mejor adherencia y para que los acuerdos sean coherentes con la pretensión del propio sujeto, así como pertinentes a la realidad de los dispositivos que lo rodean²⁷.

Las dificultades se perciben en la implementación del PRP, y esto fue representado por la falta de tiempo para su elaboración, que se correlaciona con las dificultades para identificar las singularidades de las personas con trastornos mentales que deben protagonizar ese proceso, haciendo que el profesional sea un articulador y movilizador de recursos y de potencialidades internas y externas, ayudándolos a desarrollarse para aumentar su poder contractual con la sociedad^{12,10}. En ese contexto, el PRP debe ser circular, abarcador y eso exige mayor tiempo para el seguimiento, haciendo que se incluya en la rutina del CAPS⁹.

Además de los desafíos institucionales, se señaló la dependencia familiar y los marcadores sociales como dificultadores del PRP, y esto contradice las concepciones de la Teoría de RP que considera a la persona con trastorno mental como un sujeto social merecedor de dignidad, respeto y autonomía, y que requiere estímulo y proactividad en su tratamiento^{7,8}.

CONCLUSIÓN

Aunque existen diversos desafíos políticos, sociales e institucionales, los profesionales de salud mental perciben la Rehabilitación Psicosocial de manera positiva, pues la consideran necesaria para la reconstrucción de la autonomía, la funcionalidad y la vida comunitaria de las personas con trastornos mentales. A su vez, el Proyecto de Rehabilitación Psicosocial fue considerado un instrumento potente de cuidado y de articulación entre los dispositivos de la Red de Atención Psicosocial, siempre que esté centrado en las necesidades y deseos de las personas atendidas.

Aunque esta investigación se haya realizado en un solo CAPS y se hayan abordado únicamente a profesionales de nivel superior, lo que representa las limitaciones de esta investigación, fue posible evidenciar que la ausencia de consolidación de normativas políticas sobre la rehabilitación psicosocial, la fragmentación de las redes de cuidado, la subfinanciación de los servicios, el estigma social y los marcadores sociales de exclusión representan grandes desafíos para la implementación de la RP.

REFERENCIAS

1. Hinchey LME, Pernice FM, Christian JN, Michon A, Rice K. A contemporary review of the clubhouse model of psychosocial rehabilitation: past, present, and emerging directions. *Psychiatr Q.* [Internet]. 2023 [citado el 20 abr 2024]; 94(4):569-604. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10051-w>

2. Araújo JB, Cassoli T. Reabilitação psicossocial: entre a segurança e ética da existência. *Revista Polis e Psique* [Internet]. 2020 [citado el 20 abr 2024]; 10(3):52–76. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.90746>
3. Campos FAAC, García JCS, Feitosa FB, Reis IO, Caritá EC, Moll MF, et al. Fundamentos teóricos e bioéticos para o desenvolvimento do aplicativo de projeto de reabilitação psicossocial. *Revista Saúde Redes* [Internet]. 2025 [citado el 1 jun 2025]; 11(1):1-28. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2025v11n1.4430>
4. Guerra AMC. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [Internet]. 2004 [citado el 1 jun 2025]; 7(2):1-14. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/75083>
5. Moura AA, Cartaxo CMB, Mendonça MCA. “Se é para jogar dominó, eu jogo em casa”: reflexões sobre a ociosidade em serviços de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [Internet]. 2023 [citado el 20 abr 2024]; 15(42):106-128. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/75083>
6. Mendes L, Ramos L, Nicolau C, José S. Intervenções de enfermagem promotoras de esperança na reabilitação psicossocial orientada para o Recovery: revisão integrativa da literatura. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2022 [citado el 20 abr 2024]; (28):197-209. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.357>
7. Silva JC, Magalhães YB, Bucher-Malusckhe JSNF. Horticultura terapêutica em um grupo de reabilitação da dependência química no Brasil. *Av Psicol Latinoam.* [Internet]. 2022 [citado el 20 abr 2025]; 40(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6730>
8. Silva AFL, Mendes AMP. Reabilitação psicossocial e cidadania: o trabalho e a geração de renda no contexto da oficina de panificação do CAPS Grão-Pará. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [Internet]. 2020 [citado el 20 abr 2025]; 12(33):55-74. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v12i33.68878>
9. Acebal JS, Barbosa GC, Domingos TS, Bocchi SCM, Paiva ATU. O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. *Saúde Debate* [Internet]. 2020 [citado el 20 abr 2025]; 44(127):1120-1133. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012713>
10. Saraceno B. Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; 2001.
11. Gorchinski PM, Gonçalves ALA, Rodrigues AO, Floriano LSM. Psychosocial rehabilitation and mental health: A focus on autonomy and citizenship. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2022 [citado el 20 abr 2025]; 5(1):666-676. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-056>
12. Kinoshita RT, Trino AT, Guimarães CS, Castro CA, Prado CMAS. Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta.

Saúde Debate [Internet]. 2020 [citado el 20 abr 2025]; 44(N Esp 3):320-332. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E326>

13. Campos FAAC, Silva JCB, Almeida JM, Feitosa FB. Reabilitação psicossocial: o relato de um caso na Amazônia. Saúde em Redes [Internet]. 2021 [citado el 20 abr 2025]; 7(Supl 2):1-18.

DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p133-150>

14. Campos FAAC, García JCS, Feitosa FB, Moll MF, Rodriguez TDM, Ventura CAA. Construction and validation of the content and appearance of the application prototype of a Psychosocial Rehabilitation Project. Enferm Glob. [Internet]. 2025 [citado el 20 abr 2025]; 24(1):e620711.

DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.620711>

15. Peyron E, Franck N, Labaume L, Rolland B. La réhabilitation psychosociale en addictologie. Encephale [Internet]. 2024 [citado el 20 abr 2025]; 50(1):91-8. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.07.001>

16. Amado I. Comment la réhabilitation psychosociale guidée par la perspective du rétablissement peut redessiner l'offre de soins en psychiatrie? Bull Acad Natl Med. [Internet]. 2021 [citado el 20 abr 2025]; 205(5):528-36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.02.028>

17. Dossett LA, Kaji AH, Cochran A. SRQR and COREQ Reporting Guidelines for Qualitative Studies. JAMA Surg. [Internet]. 2021 [citado el 20 abr 2025]; 156(9):875-6. DOI:

<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0525>

18. Bittencourt MN, Flexa RS, Santos ISR, Ferreira LD, Nemer CRB, Pena JLC. Validation of content and appearance of an educational manual to promote children's mental health. Rev RENE [Internet]. 2020 [citado el 20 abr 2025]; 21:e43694. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143694>

19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 261-98.

20. Navarrete MLV, Silva MRF, Pérez ASM, Sanmamed MJF, Gallego MED, Lorenzo IV, et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. Recife: IMIP; 2009. 130 p.

21. Silva Junior LA, Leão MBC. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. Ciênc Educ (Bauru) [Internet] 2018 [citado el 20 abr 2025]; 24(3):715-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>

22. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. Int J Transgend Health [Internet]. 2023 [citado el 20 abr 2025]; 24(1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>

3. Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. Qual Psychol. [Internet]. 2022 [citado el 20 abr 2025]; 9(1):3-26. DOI: <https://doi.org/10.1037/qup0000196>

24. Silva MNRMO, Souza HPM, Souza CRS. A saúde funcional como uma estratégia para a reabilitação psicossocial. Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity [Internet]. 2022 [citado el 20 abr 2025]; 14(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.26823/nufen.v14i1.23923>

25. Januário TGFM, Varela LD, Oliveira KNS, Faustino RS, Pinto AGA. Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2023 [citado el 20 abr 2025]; 28(8):2283-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05952023>
26. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trab Educ Saúde [Internet]. 2020 [citado el 20 abr 2025]; 18(3):e00285117. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
27. Zubiaurre PM, Wasum FD, Tisott ZL, Andrade TMMDA, Oliveira MAF, Siqueira DF. O desenvolvimento do projeto terapêutico singular na saúde mental: revisão integrativa. Arq Ciênc Saúde Unipar [Internet]. 2023 [citado el 20 abr 2025]; 27(6):2788-804. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-041>

Editor asociado: Pedro González-Angulo

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

Financiación: no hubo.

Contribuciones:

Conceptualización – Moll MF, Campos FAAC

Investigación – Campos FAAC, Ramponi KP, Garcia MT, Ventura CAA

Redacción - primera redacción – Campos FAAC, Ramponi KP, Garcia MT, Ventura CAA

Redacción - revisión y edición – Moll MF, Campos FAAC

Como citar este artículo (Vancouver)

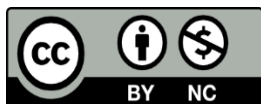
Moll MF, Campos FAAC, Ramponi KP, Garcia MT, Ventura CAA. Del Proyecto Terapéutico Singular al Proyecto de Rehabilitación Psicosocial: percepción de profesionales de salud mental. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2025 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 13:e025013. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8558>

Como citar este artículo (ABNT)

MOLL, M. F.; CAMPOS, F. A. A. C.; RAMPONI, K. P.; GARCIA, M. T.; VENTURA, C. A. A. Del Proyecto Terapéutico Singular al Proyecto de Rehabilitación Psicosocial: percepción de profesionales de salud mental. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 13, e025013, 2025. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8558>. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Moll, M. F., Campos, F. A. A. C., Ramponi, K. P., Garcia, M. T., & Ventura, C. A. A. (2025). Del Proyecto Terapéutico Singular al Proyecto de Rehabilitación Psicosocial: percepción de profesionales de salud mental. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 13, e025013. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso de* <https://doi.org/10.18554/refacs.v13i00.8558>



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons