



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2024;5(24):
124-134**

Relato de Experiência

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v5i24.608](https://doi.org/10.51723/hrj.v5i24.608)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 11/05/2022

Aceito: 22/02/2024

Educação permanente como fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular: relato de experiência

Continuing education as strengthening of the Singular Therapeutic Project: experience report

Railane do Carmo da Silva¹ , Alcieros Martins da Paz² , Carla Pinheiro Maciel³ 

¹ Mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal da Paraíba.

² Mestre em Saúde Coletiva, Professora da Universidade de Pernambuco.

³ Mestre em Atenção Psicossocial, Supervisora da residência em Psiquiatria da Prefeitura Municipal do Recife.

Correspondência: railane.silvaas@gmail.com

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência vivenciada pela residente junto aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** atividade de Educação Permanente tendo como público os profissionais dos CAPS Infantil e II do município de Arcoverde. A sistematização ocorreu baseada nos referenciais de Educação Permanente, Reforma Psiquiátrica, Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Cuidado em Saúde. **Resultados:** no CAPSi abordou os aspectos: o que é e para que serve o PTS; possíveis momentos do PTS; e pontos a serem observados. E no CAPS II a elaboração do instrumento PTS e a sua apresentação. **Conclusão:** a partir da atividade realizada e das discussões desencadeadas, notou-se a necessidade de espaços permanentes e programados para oportunizar o processo formativo e a integração ensino e serviço nas práticas dos trabalhadores da saúde mental, ressaltando a importância na defesa da formação continuada de recursos humanos para o SUS e no SUS, e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial com práticas e serviços que substituam o paradigma manicomial.

Palavras chaves: Educação Permanente; Projeto Terapêutico Singular; Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: to report the experience of the resident with professionals from the Psychosocial Care Center. **Method:** permanent Education activity with professionals from CAPS Infantil and II of the municipality of Arcoverde. The systematization occurred based on Education references Permanent, Psychiatric Reform, Singular Therapeutic Project (PTS) and Care in Health. **Results:** in CAPSi it approached the aspects: what is and what is the PTS for; possible moments of the PTS; and points to be observed. And in CAPS II the elaboration of the PTS instrument and its presentation. **Conclusion:** from the activity carried out and the discussions triggered, it was noted the need for permanent and programmed spaces to provide opportunities for the formative process and the integration of teaching and service in the practices of mental health workers, highlighting the

importance of defending the continued training of human resources for and in the SUS and the strengthening of the Psychosocial Care Network with practices and services that replace the asylum paradigm.

Keywords: Continuing Education; Singular Therapeutic Project; Mental health.

INTRODUÇÃO

O caminho a ser trilhado para desenvolver mecanismos na busca pela quebra de paradigma propondo a construção da política de saúde mental envolve entaves, mudanças, abordagens, sobretudo, as percepções e estratégias a serem utilizadas para estruturar a política de saúde mental¹.

Historicamente, o modelo de atenção instituído para prestar cuidado às pessoas com transtornos mentais seguiu uma lógica de aprisionamento, descaso, higienização, violência e deslegitimação do sofrimento². Estudiosos(as) da saúde mental, em especial, Amarante^{1,2} define que os primeiros movimentos da assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos de 1970, impulsionados por profissionais recém-formados que encontraram um cenário de descaso e violência. Este movimento é caracterizado como antimanicomial, pois traça no seu campo de atuação a crítica ao modelo hegemônico instituído neste período.

Estimulados por discussões que são apontadas na década de 1970, modelos substitutivos de atenção ao cuidado em saúde mental surgiram nos finais dos anos 1980, criando serviços que dão início a práticas inovadoras. As primeiras iniciativas ocorreram em São Paulo com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, com o advento da inclusão dos princípios do Sistema Único de Saúde no ano de 1988, abre-se uma nova perspectiva para a implantação de serviços substitutivos que se propunham a desenvolver um processo de trabalho pautado em abordagens que considerem o indivíduo na sua singularidade, apontando para o desfecho de substituir os hospitais e capilarizar o cuidado em moldes territoriais².

[...], mas a extinção do hospital, com consequente criação de uma rede denominada de substitutiva, composta não apenas de serviços descentralizados, distribuídos pelo território, mas também de dispositivos que pudessem contemplar outras dimensões e demandas da vida, tais como moradia, trabalho, lazer, cultura etc.².

Autores como Neilanza Coe e Marco Duarte³ visam tecer que as reflexões suscitadas neste período levaram a crítica ao modelo hospitalocêntrico-manicomial como um aspecto que fornece as bases para a ampliação do cuidado em seu caráter prático e teórico, promovendo a emergência de outro modo de cuidar.

Portanto, é no cerne dessa crítica ao modelo assistencial dominante (prática) e ao paradigma psiquiátrico hegemônico (teoria) expresso na ordem médica-psiquiátrica que apresenta-se um novo modelo assistencial alicerçado em outros modos de cuidar e na ética de trabalho do cuidado singularizado que se opera entre várias disciplinas, teorias e práticas, feito entre muitos, mas não sem disputas e conflitos entre os saberes e poderes vigentes, inclusive correndo o risco de cooptação pela velha lógica manicomial³.

Na direção de buscar um cuidado que contemple várias dimensões da vida singular das pessoas e as alterações promovidas na política de saúde mental, surgiu como instrumento de trabalho o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual passa a ser utilizado com a perspectiva de redefinir as práticas de cuidado em saúde mental. Suas primeiras aplicabilidades no Brasil ocorreram no início de 1990 em meio a instituição do Movimento Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica⁴.

De acordo com Oliveira⁴, o PTS propõe um movimento de coprodução e cogestão, pois além de trazer elementos da produção e relação clínica com usuário/família, agrega a gestão e planejamento, pois através dele notam-se vazios assistenciais da rede de atenção presentes no território e elementos que podem ressignificar o cuidado.

Este instrumento pode ser definido como uma ferramenta que irá gerir o cuidado, a partir das necessidades e demandas compreendidas em cada situação de modo singularizado, possibilitando uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre a pessoa em sofrimento psíquico, seus familiares e rede social de suporte, seu técnico em saúde mental de referência e demais profissionais envolvidos na construção do projeto terapêutico⁵.

A partir da experiência ao iniciar o trabalho no Sistema Único de Saúde, que se deu como Assistente Social no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, notam-se a complexidade e contribuições que esta ferramenta pode promover nas práticas de cuidado e de gestão. Ao iniciar um novo trajeto na residência em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes lotada na VI Região de Saúde de Pernambuco, composta por treze municípios – Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa e Arcoverde, realizando rodízio teórico-prático nos meses de outubro e novembro de 2020 nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Arcoverde, observam-se novos desdobramentos nesta ferramenta, sobretudo, a escassez de alguns elementos que são necessários para a sua construção.

Um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Educação Permanente se refere à formação tendo a perspectiva de ressignificar e criar práticas para produzir novos conhecimentos, a sistematização e a comunicação de saberes⁶. Agregar o PTS e a Educação Permanente proporcionará aprendizados a partir do cotidiano de trabalho, relacionando o cuidado em saúde, elementos da rede, a troca de aprendizados e o fazer reflexivo⁷.

A formação dos trabalhadores em processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), deve tomar experiências e vivências como geradoras de aprendizagem significativa⁷.

Ao notar a ausência de elementos que compõem o Projeto Terapêutico Singular e também outras observações que serão descritas mais adiante, colocamo-nos juntos às equipes para contribuir através da Educação Permanente, abordando os seguintes pontos em torno da temática: Crítica ao Modelo Hospitalocêntrico, Reforma Psiquiátrica, Portarias 3088 de 23 de dezembro de 2011 e 3588 de 21 de dezembro de 2017, o papel estratégico do CAPS; e ainda os seguintes pontos sobre o Projeto Terapêutico Singular: O que é e para que serve? Possíveis momentos do PTS e Pontos importantes a serem observados na sua construção.

Assim, este artigo visa relatar a experiência vivenciada em estágio durante a Residência junto aos

profissionais do CAPS infantil e do CAPS II, detalhando as atividades, os recursos utilizados, bem como o instrumento elaborado a partir dos levantamentos bibliográficos e das experiências vividas e trocadas.

METODOLOGIA

Este trabalho se trata de um estudo que utiliza a metodologia descritiva, buscando relatar a experiência desenvolvida acerca das educações permanentes realizadas em dois CAPS do município de Arcoverde. Para registro das atividades e observações foi utilizado o diário de campo, por se tratar de um instrumento que se recorre a qualquer momento no espaço de trabalho⁸. Também, a partir do diário de campo, é possível fazer anotações que envolvem sentimentos, afetos, tristezas, angústias e ideias que vão surgindo no decorrer de momentos inesperados, além das alegrias e singularidades experimentadas enquanto profissional residente inserida na área da saúde coletiva.

A Rede de Atenção Psicossocial do município de Arcoverde possui como componentes, seguindo a Portaria 3.088/2011 Serviços de atenção primária, composto pelas Unidades Básicas de Saúde e três Centros de Atenção Psicossocial na tipologia de um CAPS II, um CAPS AD III regional e um CAPS infantil microrregional (CAPSi) que é referência para as cidades de Arcoverde e de Venturosa; seis leitos integrais de saúde mental no Hospital Regional Ruy de Barros Correia – o CAPS AD III regional e os leitos integrais de saúde mental que são referência para os 13 municípios que compõem a VI Região de Saúde⁹.

A proposta para início desta atividade se deu através do rodízio teórico-prático que ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2020 nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Arcoverde. A realização do rodízio aconteceu durante a pandemia, quando os CAPS se encontravam com a maioria de suas atividades sendo realizadas com a presença reduzida dos usuários no serviço devido às estratégias de mitigação para conter o vírus da covid-19. Apesar de a residência possuir o caráter de uma formação com ênfase em gestão de redes, a maioria dos rodízios teóricos-práticos é realizado no município de Arcoverde, pois é a cidade em que se localiza a sede da Gerência Regional de Saúde, que se trata do equipamento que os residentes em Saúde Coletiva desenvolvem grande parte de suas atividades teóricas-práticas.

O primeiro CAPS que adentrei como residente foi o infantil microrregional no mês de outubro/2020. A sua equipe técnica de nível superior neste período era formada por: uma assistente social que também é coordenadora do serviço, uma enfermeira, uma pedagoga, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e um médico psiquiatra; como equipe de nível médio possuía um vigilante, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista, uma auxiliar administrativa, uma arte educadora e uma cozinheira. Um detalhe importante para este CAPS é que sua inauguração ocorreu no mês de setembro/2020, portanto era recém-inaugurado.

No início do rodízio no CAPSi, a coordenação apresentou a forma como o serviço estava buscando organizar suas atividades. Estavam ocorrendo alguns acolhimentos, atendimentos, reuniões de equipe para concluir o Projeto Institucional, organização dos cronogramas das atividades coletivas e planejamento para atividades grupais. Diante disso, busquei me aproximar dos instrumentos que a equipe vinha construindo, com isso, foi possível perceber a ausência de alguns elementos que são necessários constar no Projeto Terapêutico Singular, conforme a cartilha Clínica Ampliada e Compartilhada¹⁰.

A primeira reunião com a equipe ocorreu no dia 05/10/2020, onde estavam presentes todos os profissionais inclusive a equipe de nível médio, exceto o médico psiquiatra. A coordenadora do serviço chamou todos os profissionais para apresentar as residentes – neste momento estagiava outra residente graduada em enfermagem da mesma turma que faço parte. Durante a reunião expusemos algumas das sugestões que tínhamos para o serviço, sobretudo o conhecimento de equipamentos da rede intersetorial para assim ocorrer a publicização do serviço, considerando que o serviço era recém-inaugurado.

A partir dessa primeira reunião, falamos para a equipe sobre a possibilidade de reservar um tempo na reunião para que fosse realizada Educação Permanente, e coloquei como sugestão de tema o papel estratégico do CAPS e do Projeto Terapêutico Singular, enquanto minha colega de turma da residência se disponibilizou a levar temas relacionados à crítica ao modelo hospitalocêntrico; reforma psiquiátrica; Portarias 3088 de 23 de dezembro de 2011 e 3588 de 21 de dezembro de 2017. A equipe aprovou a ideia e alguns reforçaram a importância

dos temas abordados, sobretudo, por ser a primeira vez que alguns estavam trabalhando em um serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. Com isso, acordamos junto à equipe que facilitaríamos as educações permanentes utilizando os momentos das reuniões de equipe, ocorridas nas segundas-feiras no horário da tarde. Deste modo, nos organizamos e durante as três semanas de outubro as atividades foram realizadas.

O rodízio no CAPS II aconteceu durante o mês de novembro/2020. Este equipamento, neste período, possuía como equipe de nível superior: uma enfermeira que também desenvolve as atividades de coordenação do serviço, uma psicóloga, uma assistente social, um médico psiquiatra e uma terapeuta ocupacional; como equipe de nível médio contava com duas técnicas de enfermagem, uma cozinheira, uma auxiliar de serviços gerais, dois apoiadores.

No CAPS II, a coordenadora do serviço nos recebeu para o estágio da residência apresentando o espaço e mostrando algumas demandas que possuía dificuldades em alcançar e desenvolver, tais como: ausência de espaço colegiado para reuniões das coordenações dos CAPS's do município, pouca proximidade entre as Equipes de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e CAPS, fragilização no cuidado longitudinal, reunião realizada de forma fragilizada. Alguns pontos visualizados para o motivo da fragilização da reunião estavam atrelados a pouca participação da equipe, ausência de organização no momento da condução, divisão de tempo e registros das reuniões.

Neste período, as atividades presenciais que estavam acontecendo eram: acolhimento aos usuários que buscavam o serviço pela primeira vez, entrega de medicações, atendimento a crise – de usuários que já frequentavam o serviço e aos familiares que buscavam o serviço durante esses episódios e reuniões com os profissionais da equipe.

Durante este rodízio, a enfermeira/coordenadora solicitou que auxiliássemos a equipe na realização de busca ativa dos usuários, pois estavam ocorrendo mudanças nas estratégias de mitigação no controle da pandemia e a equipe estava se organizando para retomar algumas atividades grupais, mesmo que fossem com tamanho reduzido, além disso, nos falou um pouco de algumas dificuldades centrais que cercavam o processo de trabalho, entre elas: a ausência de espaço colegiado

entre as coordenações do município, frágil integração entre as equipes de saúde da família, núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica, leitos integrais de saúde mental e Centros de Atenção Psicossocial.

Na realização de buscas ativas, solicitei o Projeto Terapêutico Singular de alguns usuários com o objetivo de verificar como ocorria esse processo de construção neste equipamento. De posse dos prontuários, e no decorrer da análise, verifiquei a ausência de alguns registros, como: registro de profissionais fora de ordem conforme data dos registros anteriores, siglas, ausência de elementos que cercam a vida dos indivíduos – por exemplo: identificação do seu agente comunitário de saúde, Unidade Básica de Saúde de sua referência, endereço, entre outros. No instrumento que utilizavam não constavam espaços para registros dos movimentos que são necessários a serem efetuados na sua elaboração, tais como: definição de metas terapêuticas, estratégias a serem utilizadas na direção do alcance das metas, profissionais de referência para as ações traçadas e prazos para reavaliação.

Após a análise dos prontuários, nos momentos grupais em equipe, reforcei a importância de se

construir em conjunto o Projeto Terapêutico Singular das pessoas atendidas pelo serviço, colocando-me à disposição para pensarmos juntas as dificuldades e propostas de elaboração com a equipe, e assim, poderemos discutir este instrumento também com as outras equipes dos Centros de Atenção Psicossocial.

Ademais, uma vez que o PTS propõe uma organização das características dos adoecimentos mentais, através desses registros é possível traçar um perfil epidemiológico dos sofrimentos mentais dos usuários do serviço. Na política de saúde mental se identifica uma escassez de sistemas de armazenamento dos dados, contando apenas com as fichas de produção mensal, que são: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (Rass), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (Bpaic), Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC) e os prontuários.

Conforme o Manual – Saúde Mental no SUS: nos Centros de Atenção Psicossocial¹¹ neste período, ocorria a discussão para introduzir no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) indicadores da saúde mental. Os indicadores propostos eram:

AÇÃO	INDICADORES
1. Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de álcool.	Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo.
2. Atenção a pessoas com problema de uso prejudicial de outras drogas e drogas ilícitas.	Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo.
3. Atenção a pessoas com transtorno mental grave (severo) e persistente.	Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo.
4. Atenção a pessoas com transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica.	Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo.
5. Atenção a usuários com transtornos convulsivos (epilepsia).	Prevalência de transtornos convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária.
6. Prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos.	Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos, atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo.
7. Prevenção e atenção dos casos de tentativas de suicídio.	Percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população)

Fonte: Adaptado do manual Saúde Mental no SUS: os Centros De Atenção Psicossocial (p. 83).

Quadro 1 – Indicadores propostos a serem inseridos no Sistema de Informações da Atenção Básica.

Uma observação sobre as categorias inseridas nesses indicadores é a ausência do termo raça/cor, porém é importante apontar que a política nacional de saúde integral da população negra foi instituída em maio de 2009 por meio da portaria nº 992¹², e o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde ocorreu em fevereiro de 2017 por meio da portaria nº 344¹³.

A partir dessa apresentação e observações realizadas neste campo de atuação teórico-prática, procurei desenvolver atividades que pudessem ser potencializadas através da Educação Permanente, sobretudo, a potencialização do Projeto Terapêutico Singular. As educações permanentes ocorreram durante as reuniões de equipe por ser um momento oportuno em que grande parte dos profissionais se reunia para tratar de aspectos ligados aos processos de trabalho. A revisão bibliográfica realizada foi ponto-chave para o desdobramento destas atividades, pois a partir desta etapa encontrei referenciais que auxiliaram a elaboração das educações permanentes a serem desenvolvidas, mecanismos que me possibilitaram maior proximidade com o PTS e trocas com as equipes dos CAPS, além disso, viabilizou-me a criatividade ao buscar intensificar o trabalho em equipe na perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para melhor apresentação deste tópico, ele foi dividido em dois itens, sendo descritos por cada tipo de CAPS.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

No dia 19 de outubro de 2020, organizamos a atividade sobre a temática do Projeto Terapêutico Singular contemplando os aspectos: o que é e para que serve o Projeto Terapêutico Singular; possíveis momentos do PTS: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação; pontos a serem observados no PTS. Participaram deste encontro todos os membros, exceto o médico psiquiatra; do nível médio participaram apenas a auxiliar administrativo e a recepcionista. Os recursos utilizados foram o instrumental que a equipe construiu como Projeto Terapêutico Singular e apresentação em *Microsoft PowerPoint* (ppt) para guiar a discussão.

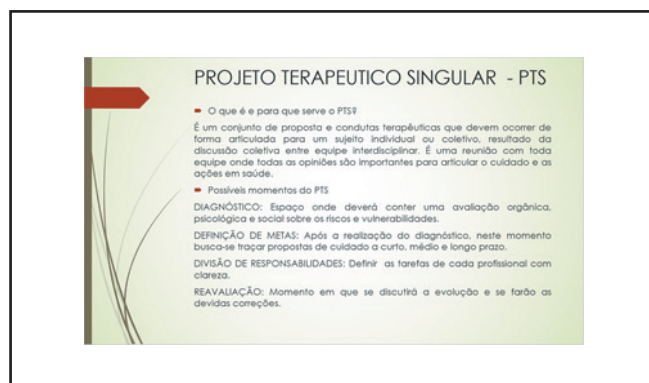


Figura 1 – Apresentação *Microsoft PowerPoint*.

Fonte: Elaboração própria.

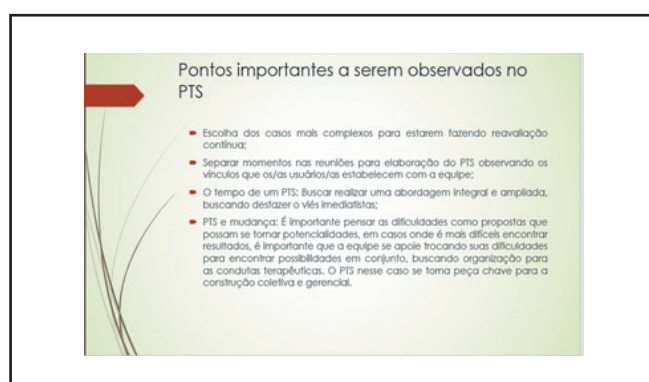


Figura 2 – Apresentação *Microsoft PowerPoint*.

Fonte: Elaboração própria.

Neste encontro, a equipe, sobretudo a psicóloga e a terapeuta ocupacional, expuseram questões ligadas à ausência do médico psiquiatra nas reuniões de equipe, analisando que o Projeto Terapêutico Singular propõe a discussão coletiva entre profissionais e usuários, levantando o questionamento de como pensar em práticas corresponsabilizadas diante da ausência deste profissional.

Sobre os aspectos trazidos por estas profissionais, é de suma importância lembrar o que é apontado na portaria 3.088 quando se trata da realização de atividades nos Centros de Atenção Psicossocial, devendo ser realizadas prioritariamente em espaços coletivos – “As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes”¹⁴. Nesta direção, se as reuniões de equipe ocorrerem de modo sistemático, poderão ocasionar potencialidades nas discussões do Projeto Terapêutico Singular¹⁵.

Outro ponto que demandou várias discussões foi sobre a divisão das responsabilidades e o processo de reavaliação do Projeto Terapêutico Singular. Acerca do momento da divisão de responsabilidades, a equipe refletiu que é importante que o profissional que seja o técnico de referência do caso seja quem construiu um vínculo maior com o usuário, podendo assim potencializar uma escuta mais aprofundada do indivíduo, tornando-o mais envolvido e implicado no plano de cuidado.

Sobre o aspecto da divisão das responsabilidades, Merhy e colaboradores¹⁶ afirmam que o trabalho em saúde se dá em ato, realizado no campo dos encontros, implicado em tecnologias relacionais, ou seja, as tecnologias leves.

Produzir cuidado por meio do trabalho em saúde depende da construção de processos relacionais, que suportem a exposição das implicações que a produção de cuidado opera. De um lado, a implicação que nasce do mundo das tecnologias duras e leve-duras. De outro, a que constitui e emerge no platô das tecnologias leves dentro da tensão saber/sabedoria/modos de existências em torno do mundo singular de cada usuário, individual e coletivo¹⁶.

Deste modo, as discussões apontadas pelos profissionais presentes reforçam a importância do uso das tecnologias dos encontros para construir o cuidado em saúde. Acerca do momento da reavaliação, foi um dos pontos em que os profissionais demonstraram alguns entraves para a sua realização. Os pontos apontados foram: escassez de profissionais, a demanda de serviços, a troca de profissionais, e a própria dinâmica de vida dos usuários e suas redes de apoio.

O processo de reavaliação constituiu um movimento fundamental no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular, visto que é importante percebê-lo como uma ferramenta dinâmica, principalmente por reunir cuidados que devem levar em consideração a integralidade do indivíduo, histórias de vida, seus aprendizados e saberes, e as pessoas que fazem parte de suas vidas¹⁷.

Durante o trajeto os profissionais apontaram limites na continuidade do cuidado devido à troca constante de profissionais, acarretando dificuldades na continuidade das discussões, o acompanhamento contínuo, e, sobretudo, no que se refere à clínica ampliada, pois as colocações apontaram como os vínculos precarizados e interferências externas realizadas influenciam nesse processo. Esses fatores mantêm

relação com questões macroestruturais de gestão e instituições, que ocasionam desafios para a realização do Projeto Terapêutico Singular.

Ademais, a formação em saúde/saúde mental são fatores que interferem no processo de trabalho em saúde, pois sofre influência do modelo médico centrado nas “ideias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS”¹⁸.

Diante das discussões trazidas, notou-se que os profissionais não incluíram a participação dos usuários e suas famílias na construção do seu PTS, apesar de apontarem a importância de um cuidado partilhado, que seja baseado na troca, na escuta, na construção de vínculos e de confiança, que são ferramentas classificadas como tecnologias leves¹⁹. Esses momentos de estímulos ao protagonismo dos usuários ficam mais enfatizados se forem realizados entre os profissionais de saúde, desta forma, foi importante reforçar para equipe que o PTS é um instrumento que é construído para o usuário e com o usuário para que seja efetuado a corresponsabilização e o compartilhamento do cuidado.

Por ser um serviço de pouco tempo de atividade e considerando que alguns profissionais estão trabalhando pela primeira vez em um Centro de Atenção Psicossocial com as implicações da formação em saúde pouco direcionada aos temas de saúde mental, é fundamental a manutenção das atividades de Educação Permanente para que possam reconhecer os seus limites, potencialidades, invenções e reinvenções no processo de trabalho.

CENTRO DE ATENÇÃO DE PSICOSSOCIAL II

Após a conclusão das atividades teórico-práticas no CAPSi seguimos para o Centro de Atenção Psicossocial II para concluir o rodízio nestes equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

O Centro de Atenção Psicossocial II foi o primeiro CAPS do município e existem profissionais com diferentes formas de contratação. Alguns têm vínculo estatutário obtido em concurso público, outros por seleções públicas e por contratos. Essa mescla de vínculos empregatícios e de diferenças salariais gera insatisfação na equipe e implicações na identidade e pertencimento dos profissionais enquanto parte de uma equipe, portanto essa questão provoca grandes implicações no processo de trabalho compartilhado.

Seguindo a temática sugerida pela residente, elaborou-se o instrumento; após a elaboração, buscou-se realizar uma reunião para apresentação do instrumento e algumas possíveis potencialidades que sua construção pudesse possibilitar.

Neste CAPS não conseguimos realizar encontros para discutirmos a elaboração do instrumento PTS. A sua construção ocorreu através da observação crítica realizada durante o rodízio e as referências bibliográficas que me auxiliaram. Neste sentido, nota-se como o trabalho coletivo se encontra realizado de forma fragilizada neste equipamento.

Na reunião para a apresentação do instrumento estavam presentes: a psicóloga, a enfermeira e coordenadora, as técnicas de enfermagem, a assistente social, a coordenação geral de saúde mental do município, e alguns profissionais de nível médio.

Ao iniciarem os motivos por ter construído o instrumento PTS, notou-se como alguns profissionais mostraram estar saudosos por movimentos de Educação Permanente e apontaram isso em suas falas. A partir disso, percebi a contribuição de ter proporcionado esse momento de espaço coletivo para refletirem, aprenderem e potencializarem em conjunto o processo de trabalho. Neste sentido, a troca entre residentes e trabalhadores proporcionou um dos pilares de grande importância para a formação no Sistema Único de Saúde (SUS) e para o SUS, contribuindo para a estimulação da integração. Com isso, aponta uma das questões discutidas no Manual de Orientações aos Coordenadores Municipais de Saúde Mental elaborado pela Gerência de Atenção à Saúde Mental de Pernambuco no eixo acerca da Educação Permanente em Saúde Mental:

O fortalecimento advindo de reflexões entre as equipes e os residentes, certamente disparadas no cotidiano, assim como a aproximação da instituição formadora envolvida, permite o estabelecimento de um processo de educação permanente, à medida que as atividades realizadas de forma integrada estimulam a formação de um corpo técnico capaz de construir novas tecnologias em torno do cuidado em saúde mental²⁰.

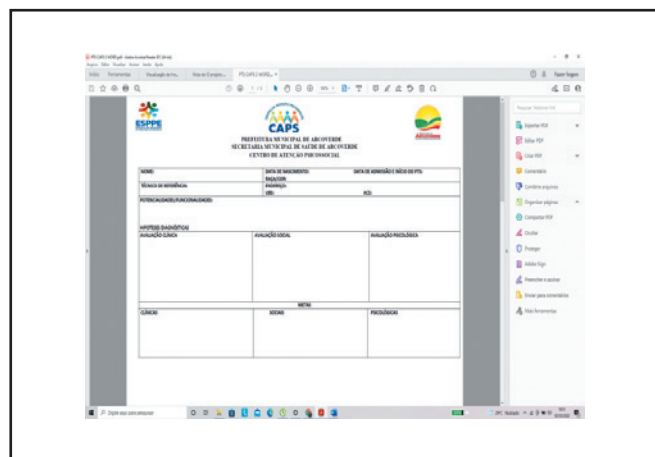


Figura 3 – Instrumento de Projeto Terapêutico Singular elaborado durante o rodízio no CAPS II.

Fonte: Elaboração própria.

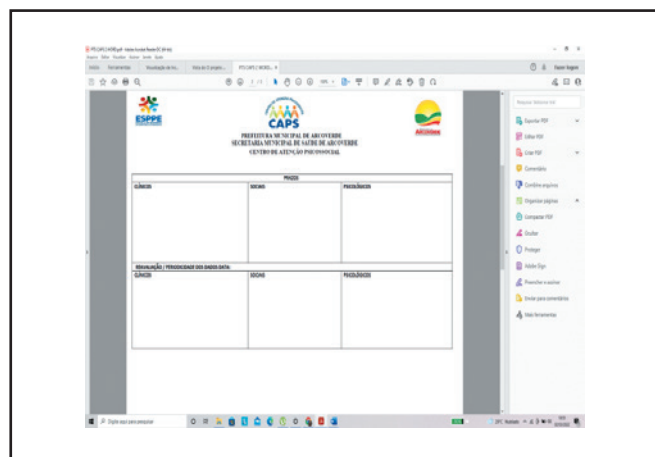


Figura 4 – Instrumento de Projeto Terapêutico Singular elaborado durante o rodízio no CAPS II cont.

Fonte: Elaboração própria.

A partir das reflexões discutidas em torno da construção do instrumento, a psicóloga do serviço trouxe a contribuição de inserir o aspecto da funcionalidade, para que fossem levadas em consideração as atribuições do terapeuta ocupacional e que fossem levados os aspectos ligados aos usuários que possuem deficiência, e dessa forma, a partir dos PTS construídos, fosse possível a observação das questões capacitistas. Baseado nessa discussão foi inserido o ponto acerca das funcionalidades.

Um dos pontos que surgiram a partir das possibilidades e dificuldades para o PTS trazido pelos profissionais foram as dificuldades causadas pela ausência de equipamentos que podem constituir a rede de serviços de saúde e de outras políticas públicas, a exemplo a política de Assistência Social. Diante dessa discussão, é importante ampliar para os profissionais a utilização do PTS para o auxílio no funcionamento do trabalho em equipe e as redes necessárias para o cuidado. Construir o PTS favorece o acionamento or-

ganizado das necessidades dos usuários, sejam entre serviços instituídos ou que se notam a necessidade de implementação. Logo uma das principais contribuições do PTS seria de um instrumento disparador de rede²¹ construído de forma dinâmica, desenvolvendo “[...] o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos por meio dos quais se realiza, ali”¹⁶.

É de suma importância valorizar o PTS como um instrumento que conforma a rede de serviços, o domicílio, os usuários, sua comunidade e outros aspectos que cercam a sua vida e suas questões de saúde, que podem e devem ser dialogadas com eles, incluindo reflexões sobre a adesão medicamentosa, considerando que o uso do medicamento muitas vezes é a única alternativa terapêutica que os profissionais analisam no cuidado, podendo ser auxiliado pelo guia de gestão autônoma da medicação²².

Gastão Wagner²³ aponta que a saúde pública tem tradição normativa e legal que impõe limites e constrangimentos em função da saúde do público, não existindo formas de alterar isso. Um dos tensionamentos que pode ocorrer diante desse cenário é agir de maneira articulada, desenvolvendo ações que envolvam o saber, prioridades técnicas e a lei. Dessa maneira, o PTS sendo realizado de forma articulada e envolvendo vários saberes, promove a organização do cuidado e agrega elementos que podem responder às normativas que gerem demanda para implementação de serviços. Um exemplo é a agregação de dados que ele possibilita, os quais podem ser quantificáveis para a realização do perfil epidemiológico que poderá demonstrar as necessidades de novos subsídios no cuidado e na rede de atenção à saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial apesar de seus avanços, ainda é atravessada por moldes que perpassam um lugar da saúde mental patologizante, medicamentação e por outros aspectos que envolvem teorias e práticas tensionadas pelos resquícios da lógica manicomial e de abordagens ao sofrimento mental geralmente realizadas em um nível individual, sem levar em consideração problemas estruturais ou respostas coletivas²⁴, sendo imprescindível a realização de questionamentos sobre o lugar da saúde mental na sociedade e a promoção de ofertas de cuidado que levem em consideração aspectos a serem alcançados em torno da emancipação e da potência de vida²⁵.

A partir da Educação Permanente realizada e das discussões desencadeadas, notou-se a necessidade de espaços permanentes e programados para oportunizar o processo formativo e a integração entre ensino e serviço nas práticas dos trabalhadores da saúde mental, sendo de grande importância a defesa da formação continuada de recursos humanos para o SUS e no SUS e de uma RAPS que proporcione o fortalecimento de serviços e práticas que substituam o paradigma manicomial.

CONCLUSÕES

Cada rodízio teórico-prático realizado na residência em saúde coletiva com ênfase em gestão de rede causa questionamentos, observações, práticas e tessituras desafiantes e complexas. As atividades nestes Centros de Atenção Psicossocial possibilitaram um amadurecimento diante do instrumento Projeto Terapêutico Singular e da política de saúde mental.

Na elaboração das atividades de Educação Permanente buscou-se realizar um esforço para promover apontamentos que considerassem os aspectos que carregam teorias e práticas nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, levando em consideração a realidade apresentada no presente município e os limites impostos na política de saúde.

A partir da revisão bibliográfica percebeu-se que em outros lugares, mesmo com tantas diferenças regionais, sociais, culturais e de composição de serviços, as dificuldades, limites e potências existem em consonância com os aspectos apresentados nos CAPS do município de Arcoverde.

Notar o desejo dos profissionais por um processo de trabalho dialógico, baseado na interprofissionalidade e nas reflexões cotidianas, faz com que se mantenha o desejo de promover novas atividades de Educação Permanente e seguimento na direção das discussões realizadas durante a experiência aqui relatada, sendo um mecanismo que me impulsiona a continuar acreditando na potência do Sistema Único de Saúde.

Por fim, é de suma importância promover para os profissionais de saúde, espaços construídos para a reflexão e construção do processo de trabalho que levem em consideração as necessidades de saúde, que se tornam cada dia mais multicausais e complexas, ressaltando a importância da interprofissionalidade, dos encontros para atuação compartilhada entre as equipes de saúde envolvidas e da intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

1. Amarante PN, Oliveira M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Cien. Saúde Colet.* [internet]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
2. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136p.
3. Coe NM, Duarte MJO. A construção do campo da atenção psicossocial na Política de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: Serviço social, saúde mental e drogas. Duarte, Marco José de Oliveira et. al. Campinas: *Papel Social*, 2017.
4. Oliveira GN. *O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*. [dissertação] São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2007. p. 202.
5. Grigolo TM, Peres GM, Garcia Junior CA, Rodrigues J. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. *CBSM [Internet]*;7(15):53-7. Acesso em 30 de julho de 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68912>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* – 1. ed. rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.
7. Costa CM et al. Educação Permanente em Saúde e atenção psicossocial: a experiência do Projeto Rede Sampa. *Saúde debate* [internet]. 2020, v. 44, n. 127. ISSN 2358-2898. [Acessado 05Março 2022], p. 1312-1323. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012726>
8. Minayo MCS et al. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
9. Pernambuco. Secretaria Estadual de Pernambuco. *Mapa de Saúde da VI Região de Saúde* – 1. ed. – Pernambuco, 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 992. *Institui a Política Nacional de Saúde da População Negra*, 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 344. *Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde*, 2017.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3088. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. 2011.
15. Santos E, Coimbra V, Kantorski L, Pinho L, Andrade A, Eslabão A. Avaliação da participação dos profissionais na reunião de equipe do centro de atenção psicossocial. *REUOL [Internet]*. 2017 Dez 17; [Citado em 2021 Out 5];11(12):5186-5196. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22611>

16. Mehry EE et. al. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. In: Lugar comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Laboratório Território e Comunicação*, vol.1, n. 1, Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.
17. Deje D, Jeane J, Márcia M, Nairan N, Itana I, Milena M, Rafaele R. Percepção de profissionais de saúde mental sobre o projeto terapêutico singular. *Revista Cubana de Enfermagem* [Internet]. 2016; 32. Disponível em: <https://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1009>
18. Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface* (Botucatu) [online]. 2005, v. 9, n. 18, pp. 489-506. Epub 31 Ago 2012. ISSN 1807-5762. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000300003>
19. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
20. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Atenção à Saúde. *Manual de Orientações aos Coordenadores Municipais de Saúde Mental* – 1. ed. Recife, 2021.
21. Quinderé PHD et. al. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis* [online]. 2014, v. 24, n. 01 [Acessado 15 fevereiro de 2022], pp. 253-271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>
22. Caron E, Feuerwerker LCM. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. *Saúde Soc.* [online]. 2019, v. 28, n. 4, p. 14-24. Epub 09 Dez 2019. ISSN 1984-0470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>
23. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 4 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.
24. Henderson L. *Televisão popular e saúde mental pública: criando entretenimento midiático a partir do sofrimento mental*. Acesso em: 15 de Dezembro de 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/09581596.2017.1309007?scroll=top&needAccess=true>
25. Sampaio MLB, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *TES* [online]. 2021, v. 19, e00313145. Epub 06Nov2020. ISSN 1981-7746. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>

