



Health  
Residencies  
Journal (HRJ).  
2023;4(20):81-89

## Relato de Experiência

### DOI:

<https://doi.org/10.51723/hrj.v4i20.870>

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 24/05/2023

Aceito: 03/07/2023

# Acompanhamento de plano terapêutico em um ambulatório de Saúde Mental: um relato de experiência

## *Follow-up of a therapeutic plan in a Mental Health clinic: an experience report*

Luciana Pelício Ferreira<sup>1</sup> , Amanda Miranda Morais<sup>2</sup> , Débora Braga de Oliveira<sup>3</sup> , DJayne de Castro Carneiro<sup>4</sup> , Gustavo Murici Nepomuceno<sup>5</sup> , Leonardo Cavalcante de Araújo Mello<sup>6</sup> 

<sup>1</sup> Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade da ESCS/FEPECS de Brasília e Residente em Programa Multiprofissional de Saúde Mental Infantojuvenil da ESCS/FEPECS de Brasília.

<sup>2</sup> Fonoaudióloga pela Universidade de Brasília e Residente no Programa Multiprofissional de Saúde Mental Infantojuvenil da ESCS/FEPECS de Brasília.

<sup>3</sup> Enfermeira pela Universidade de Brasília e Residente no Programa Multiprofissional de Saúde Mental Infantojuvenil da ESCS/FEPECS de Brasília.

<sup>4</sup> Nutricionista, especialista em Saúde do Adulto e Idoso da ESCS/FEPECS de Brasília e Residente no Programa Multiprofissional de Saúde Mental Infantojuvenil da ESCS/FEPECS de Brasília.

<sup>5</sup> Psicólogo na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental Infantojuvenil da ESCS/FEPECS.

<sup>6</sup> Psicólogo, Mestre em Psicologia pela mesma Universidade Federal do Rio Grande de Norte, Doutor em Psicologia do Desenvolvimento e Escolar pela Universidade de Brasília, professor do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília.

**Correspondência:** [luciana.pelucio@gmail.com](mailto:luciana.pelucio@gmail.com)

---

## RESUMO

**Introdução:** a partir da Reforma Psiquiátrica, juntamente com o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, a forma de planejamento das condutas terapêuticas de pacientes psiquiátricos tornou-se mais ampla e com olhar voltado para as singularidades do sujeito, fazendo-se entender a importância e necessidade da construção de um Plano Terapêutico Singular para melhor acompanhamento desse cuidado. **Objetivo:** descrever a experiência de aplicação do método de Arco de Maguerez e suas etapas na construção do instrumento de “Acompanhamento do Plano Terapêutico” em um ambulatório de saúde mental do Distrito Federal. **Metodologia:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, desenvolvido através das etapas do método de Arco de Maguerez, realizado durante o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infantojuvenil. **Conclusão:** a intervenção proposta foi bem aceita pela equipe, porém devido às dificuldades presentes na rotina do serviço, observou-se certa resistência dos trabalhadores em aderir novos processos de trabalho. Através da experiência, percebe-se a importância da continuidade da aplicação do instrumento com fins de validação e implementação.

**Palavras-chave:** Atenção à saúde; Condutas terapêuticas; Saúde mental; Serviços de saúde mental; Terapêutica.

## ABSTRACT

**Introduction:** from the Psychiatric Reform, together with the development of the National Mental Health Policy, the way of planning the therapeutic conducts of psychiatric patients became broader and with a focus on the singularities of the subject, making it understood the importance and the need to build a Single Therapeutic Plan to better monitor this care. **Objective:** to describe the experience of applying the Arco de Maguerez method and its stages in the construction of the instrument "Follow-up of the Therapeutic Plan" in a mental health outpatient clinic in the Federal District. **Methodology:** descriptive study, with a qualitative approach, of the report type experience, developed through the stages of the Arco de Maguerez method, carried out during the Multi-professional Residency program in Child and Adolescent Mental Health. **Conclusion:** the proposed intervention was well accepted by the team, but due to the difficulties present in the routine of the service, there was some resistance from the workers to adhere to new work processes. Through experience, one realizes the importance of continuing to apply the instrument for validation and implementation purposes.

**Keywords:** Primary care; Therapeutic conducts; Mental health; Mental health services; Therapy.

---

## INTRODUÇÃO

De forma característica, ao longo da história da Saúde Mental, a terapêutica utilizada com os pacientes psiquiátricos não considerava suas individualidades e não os tratava como sujeitos responsáveis e ativos de seus tratamentos; não envolvia suas famílias e não valorizava suas histórias, suas culturas, rotinas e qualidade de vida<sup>1</sup>. Portanto, não havia o olhar holístico voltado ao indivíduo, sendo o foco principal a doença e as questões biomédicas.

A Reforma Psiquiátrica, como um movimento político e social, teve um papel fundamental na reorientação da atenção às pessoas com transtornos mentais e no manejo do tratamento, com alusão a desinstitucionalização, denúncia ao hospitalocentrismo, violação de direitos humanos e mercantilização da loucura. Sua discussão se inicia a partir de importantes reformas psiquiátricas estrangeiras e do movimento sanitarista da década de 70 no Brasil, que passa a repensar a hegemonia do cuidado e gestão em saúde, sob um modelo universal, equânime e democrático, em que houvesse participação ativa de todos os agentes sociais, criando diálogos possíveis para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>.

A construção de uma Política Nacional de Saúde Mental se deu a partir dos movimentos reformistas políticos, teóricos e sociais, buscando produzir serviços de cuidado no território e o exercício da cidadania dos usuários, bem como a articulação de redes entre outras políticas públicas, como moradia, educação,

trabalho e cultura<sup>3</sup>. A partir da Lei nº 10.216/2001<sup>4</sup>, o modelo técnico-assistencial se reorientou, à luz das discussões e movimentos incitados pela Reforma Psiquiátrica, buscando assegurar a mudança do modelo manicomial de assistência por um modelo de cuidado comunitário, voltado para a participação dos usuários em seus cuidados, utilizando recursos terapêuticos como o acolhimento, vínculo e territorialização, valorizando assim as individualidades do sujeito na construção do seu cuidado, sem se restringir apenas a fármacos e a centrar a atenção na doença<sup>4</sup>.

Essa lei é um marco para a Reforma Psiquiátrica brasileira, pois dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tendo como objetivo estabelecer uma política de fortalecimento dos serviços de saúde mental de base comunitária e diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, visando sua extinção no âmbito do SUS<sup>4</sup>.

Sendo assim, os anos 1990 e 2000 foram palco de grandes transformações, mas foi só em 2011, com o Decreto Presidencial nº 7508/2011, que se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir da Portaria Nº 3.088, de 23 dezembro de 2011<sup>5</sup>, a RAPS foi caracterizada em suas diretrizes e objetivos, estabelecendo, em âmbito nacional, os pontos de atenção e serviço em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) às pessoas em sofrimento psíquico e em uso abusivo de álcool e outras drogas. Ainda segundo a portaria, estão entre as diretrizes: a humanização do cuidado territorializado, a

atenção interdisciplinar, o combate ao preconceito e estigmatização, a luta pela inclusão social, o respeito à liberdade e garantia de direitos, o cuidado regionalizado e integral<sup>5</sup>.

A constituição da RAPS introduz diferentes dispositivos importantes, tais como: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua, Centro de Convivência e Cultura, Residência Terapêutica, Urgência e Emergência Psiquiátricas e leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais<sup>5</sup>. A construção dessa rede visa ofertar o cuidado em serviços de diferentes complexidades, tal como exposto por Amarante<sup>6</sup>, sob uma perspectiva psicossocial em contraposição ao modelo asilar, ou seja, a partir do cuidado articulado, em liberdade e comunitário.

Até 2011, os ambulatórios especializados não estavam contemplados dentro do rol de serviços da RAPS. Foi com a publicação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que se incluiu equipes e unidades ambulatoriais especializadas em saúde mental na organização da RAPS<sup>7</sup>. Na portaria, ficam instituídas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, ligadas às Unidades Ambulatoriais, as quais buscam ampliar o acesso ao cuidado integral às pessoas com sofrimento psíquico moderado, identificadas previamente pela atenção primária, com necessidade de acompanhamento especializado e em articulação com outros serviços da rede em concomitância com o disposto na Lei 10.216 de 2001<sup>4</sup>.

Segundo Damous, Erlich<sup>8</sup>, os ambulatórios em saúde mental são dispositivos potentes e legítimos dentro da atenção psicossocial, e que podem cumprir, em suas especificidades, respostas eficazes às demandas da população de maneira complementar a outros serviços de acompanhamento contínuo e de naturezas diferentes como UBS e CAPS. A adequação do equipamento à demanda dependerá de fatores como a gravidade da condição, com o tratamento de forma intensiva e as necessidades psicossociais de cada usuário. Por isso, o que deve guiar o referenciamento correto do paciente é a sua situação clínico-situacional. De toda forma, o autor busca salientar que a existência e fortalecimento desse dispositivo não deve ocorrer em detrimento de outro, uma vez que cada um tem sua importância e relevância em relação a um tipo de necessidade identificada. Assim, ainda que a natureza e os processos de trabalho se diferenciem de outros

serviços da atenção secundária, como o CAPS, os ambulatórios podem funcionar como dispositivos que colocam o sujeito no centro do cuidado de maneira integral em articulação com o cuidado em equipe multiprofissional especializada e, inclusive, rompendo as barreiras da clínica clássica, promovendo um cuidado territorializado e intersetorial, tal como preconizado no cuidado sob atenção psicossocial<sup>8</sup>.

Ainda que seja um dispositivo legítimo e importante, a existência e o cuidado ofertado nos ambulatórios são comumente alvo de críticas e reflexões no que se refere à clínica psicossocial, tal como aponta Paino et al.<sup>1</sup>, acerca do funcionamento de grande parte dos ambulatórios em saúde mental, que, de maneira geral, ainda atuam pautados no modelo assistencial em saberes fragmentados, com foco nas consultas individuais médicas e psicológicas. Como consequência disso, a integralidade fica prejudicada e há uma dificuldade de articular o cuidado com outros saberes e pontos da rede.

As residências multiprofissionais são modalidades de especialização para trabalhadores em saúde. Para além da capacitação para trabalhar no SUS, as residências tendem a contribuir no funcionamento dos serviços a partir da articulação entre a prática vivenciada e academia, visando promover mudanças, criatividade, problematização dos campos de saúde, incentivo ao trabalho coletivo e integração do cuidado<sup>10</sup>.

O presente trabalho foi fruto da intervenção nomeada “Acompanhamento de Plano Terapêutico” em um ambulatório de saúde mental no Distrito Federal, a partir da aplicação da metodologia de problematização do Arco de Maguerez, a qual teve como objetivo observar a realidade de uma instituição de saúde, bem como aprofundar teoricamente sobre processos de trabalho e buscar traçar uma resposta aos problemas identificados. A intervenção proposta teve como objetivo facilitar a comunicação e o acompanhamento entre profissionais dos planos terapêuticos traçados para os pacientes do serviço, a fim de promover aproximação do trabalho articulado, superando a fragmentação característica das unidades ambulatoriais.

## METODOLOGIA

O presente trabalho foi aprovado pelo CEP sob o número de parecer substanciado: 5.975.632.

Refere-se a um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, acerca da intervenção “Acompanhamento de Plano Terapêutico” em um Ambulatório de Saúde Mental da Atenção Secundária do Distrito Federal, realizada no período de junho a agosto de 2022, por profissionais residentes de saúde do Programa de Saúde Mental Infantojuvenil da Escola Superior de Ciências da Saúde, vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A ação foi desenvolvida através do método de Arco de Maguerez, no qual é necessário que os participantes reflitam a respeito das experiências e percepções vivenciadas durante o processo de trabalho e proponham soluções para as situações identificadas<sup>11</sup>.

O método do Arco de Maguerez tem como ponto de partida a relação do pesquisador/aprendiz com a realidade para, então, produzir um conhecimento-aprendizado que seja capaz de transformá-la. Ele é dividido em cinco etapas: observação, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação da realidade<sup>12</sup>.

O relato de experiência é uma narrativa que tem como finalidade descrever, *a posteriori*, em detalhe, uma situação vivenciada, e que pode ser transmitida a partir do aporte científico, produzindo, assim, conhecimento. Ela é comumente utilizada para relatar experiências didáticas, profissionais, casos clínicos, aplicação de técnicas e intervenções. O relato pode comunicar tanto as experiências objetivas (procedimentos, técnicas e resultados) como subjetivas (sentimentos e impressões). A narrativa é construída a partir de quem vivencia, evidenciando e articulando os fatores relevantes identificados, com o conhecimento científico, levantando problemas, contradições, questionamentos, impactos, contribuições e afetações<sup>13</sup>.

Segundo a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, artigo 1º, trabalhos resultantes de Trabalho de Conclusão de Curso, Monografias, Dissertações de Mestrado, Teses de Doutorado e similares, deverão passar pela apreciação do CEP/CONEP. Sendo assim, este trabalho, apesar de se tratar sobre uma experiência já realizada a fim de compreender fenômenos advindos dos processos de trabalho, sem o uso de dados diretos ou indiretos com seres humanos, conforme parágrafo VII do artigo 1º, tem como finalidade ser produto de um trabalho de conclusão de programa de pós-graduação e, que por isso, foi submetido a análise e aprovado pelo CEP/CONEP.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado e discussão, será apresentado o relato de experiência da descrição das cinco etapas do Arco de Maguerez, as quais foram destrinchadas abaixo, abordando a construção do instrumento “Acompanhamento do Plano Terapêutico”, como uma estratégia que visou resgatar a importância do acompanhamento e articulação em equipe do plano terapêutico, assim como a vivência e percepção das profissionais acerca da metodologia, construção e aplicação da intervenção, suas fortalezas e fragilidades.

### OBSERVAÇÃO DA REALIDADE E PONTOS-CHAVE

Tal como abordado, a presente intervenção ocorreu em um ambulatório de saúde mental para adolescentes no Distrito Federal. Este serviço opera por meio de regulação e atende jovens com queixas moderadas de saúde mental, como transtorno de aprendizagem, déficit intelectual, transtorno do espectro autista, depressão, ansiedade, transtornos alimentares, vivência de violência sexual e conflitos relacionados a gênero e orientação sexual<sup>9</sup>.

Para ter acesso aos serviços oferecidos no Ambulatório de Saúde Mental, os pacientes devem ser encaminhados pela Atenção Básica e incluídos no sistema de Regulação<sup>9</sup>. Ao serem convocados, adolescente e família passam pela entrevista inicial, que possui como objetivo a investigação da queixa e fatores biopsicossociais associados. Nessa entrevista, os profissionais analisam se o adolescente cumpre os critérios de admissão do serviço, bem como sua linha de cuidado e terapêuticas subsequentes, como marcação com profissional individual ou grupo. De maneira ideal, a equipe que compõe cada linha de cuidado seria responsável pela construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) do adolescente após avaliação inicial e contínuo acompanhamento e reformulação do plano.

Diante disso, após inserção, observação da realidade do cenário e funcionamento dos fluxos dos serviços, detectamos que havia uma dificuldade na comunicação entre os profissionais acerca dos atendimentos individuais e grupos terapêuticos nos quais os pacientes estavam inseridos, resultando em uma dificuldade de acompanhamento do plano terapêutico traçado. Observamos que as intervenções eram evoluídas nos prontuários de maneira isolada, sem que hou-

vesse uma articulação entre os membros da equipe e/ou ciência dos atendimentos e ações realizadas por outros profissionais de maneira articulada durante a trajetória no serviço. Percebemos que a dificuldade de comunicação e acompanhamento do PTS interferem na adesão do paciente ao serviço e propostas traçadas, bem como suas necessidades, por vezes, obscurecidas.

Os aspectos observados neste contexto reforçam o que Paino et al.<sup>1</sup> dizem sobre os desafios do funcionamento de um ambulatório, que é a garantia de que o cuidado seja ofertado de maneira integral e articulada. Neste sentido, este cenário, ainda com suas fortalezas, como a grande gama de especialidades e terapêuticas, opera, em certa medida, de maneira fragmentada, tal como o autor pontua, com pouca articulação entre os profissionais e ciência sobre a trajetória terapêutica global do paciente no serviço<sup>1</sup>.

Em pesquisa realizada com o intuito de compreender as percepções dos trabalhadores acerca dos processos de trabalho e produção de saúde mental nos três níveis de atenção, Campos e Soares<sup>14</sup> apontam algo similar ao que foi observado pelas residentes neste contexto. Os autores refletem que, diferentemente dos hospitais psiquiátricos e gerais, os trabalhadores dos ambulatórios em saúde mental priorizam um olhar biopsiosocial sobre o sujeito em sofrimento, em detrimento da perspectiva biomédica que focaliza na doença e a cura pela medicação e remissão dos sintomas. Nestes contextos, assim, se prioriza, segundo os trabalhadores, a utilização de todas as tecnologias de cuidado, tanto duras, como leves e leve-duras, integrando máquinas, técnicas, saberes e relações. Por outro lado, perceberam também que em contextos ambulatoriais, a organização do trabalho se dá por divisão de “saberes técnicos”, com foco na produtividade. Já no contexto de CAPS, por exemplo, os autores perceberam que a divisão do trabalho não se dá por fator “técnico”, mas sobre a função que cada profissional ocupa de maneira multidisciplinar. Desta forma, com o que foi exposto, as residentes perceberam contexto similar ao descrito pelos autores<sup>14</sup>.

Sendo assim, observamos como problema de intervenção, a importância de sugerir ações que visassem aprimorar a construção, comunicação, registro, mas principalmente o acompanhamento do PTS entre profissionais e pacientes. Para tanto, entendendo que os pontos-chave são os aspectos que precisam ser mais bem compreendidos, para buscar uma res-

posta ao problema, delimitamos como pontos-chave para a intervenção: construção do Plano Terapêutico; articulação do Plano Terapêutico; registro do Plano Terapêutico; acompanhamento e monitoramento do Plano Terapêutico.

## TEORIZAÇÃO

A terceira etapa da metodologia se refere à teorização. Após se inserir no cenário, entender sua dinâmica, problematizá-la e definir pontos-chave de intervenção, é necessário aprofundar teoricamente sobre o fenômeno identificado para uma melhor compreensão, discussão e reflexão, que neste caso se relacionou ao Projeto Terapêutico Singular.

Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é compreendido como uma estratégia significativa no que se refere à atenção à Saúde Mental, por abranger conquistas e diretrizes traçadas nas políticas públicas de saúde no Brasil, como a humanização, integralidade e equidade. Tal estratégia foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 147/1994<sup>15,16</sup>.

Entende-se PTS como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. É muito desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental, com intuito de proporcionar a atuação integrada da equipe, onde todas os saberes são válidos, a fim de levar em consideração outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e a medicação no tratamento dos usuários, e compreender o sujeito em sua singularidade para traçar propostas de ações<sup>16</sup>.

O PTS como possibilidade de intervenção em saúde implica, assim, em subverter a lógica tradicional dos processos de cuidado no trabalho em saúde e produzir ações mais horizontalizadas entre os saberes. Para que essas articulações ocorram, é preciso que os profissionais se impliquem na construção do cuidado em saúde e se comuniquem entre si e com os usuários, pautando-se no compartilhamento e corresponsabilização das ações<sup>2</sup>.

Sistematicamente, a construção de um PTS se dá em quatro momentos: 1º Diagnóstico e análise: análise das necessidades em saúde em sua integralidade; 2º Definição de ações e metas: metas em curto, médio e longo prazo construídas em conjunto entre equipe e usuário; 3º Divisão de responsabilidades: atribuição

das responsabilidades de usuários e profissionais, tendo, preferencialmente, um profissional como referência na gestão do PTS; 4º Reavaliação: monitoramento da evolução e mudanças, se necessário<sup>2</sup>.

Tal como exposto acima, o PTS é um instrumento fundamental na construção do cuidado em saúde, porém é complexo, pois demanda que o trabalho seja articulado e que os profissionais se impliquem em todo o processo, pois é um trabalho coletivo e mutável, o qual deve atender as necessidades e demandas de saúde de cada usuário.

O PTS como instrumento possibilita, também, a facilitação das ações em saúde, pois promove a organização, articulação e corresponsabilização do cuidado<sup>15</sup>. Contudo, como bem salienta Baptista et al.<sup>15</sup>, a falta de diálogo entre profissionais, fragmentação dos saberes das equipes multiprofissionais, fechamento dentro das especializações e não inserção do usuário são aspectos comuns e desafiadores os quais as equipes de saúde se deparam no processo de construção do PTS. A falta de comunicação e fragmentação entre a equipe, a exclusão do usuário e o registro inadequado em prontuário são uns dos pontos que mais fragilizam o fortalecimento do PTS e sua contínua avaliação e atualização, e evidencia que existe uma dificuldade de se implementar o PTS tal como conceituado e idealizado.

## HIPÓTESE DE SOLUÇÃO

O instrumento criado pelas residentes foi idealizado de forma a facilitar o acompanhamento dos pacientes e seus familiares desde sua inserção e posterior trajetória no serviço de atenção secundário, priorizando minimizar o olhar fragmentado do cuidado, monitorando a adesão, melhora dos sintomas ou mesmo a necessidade de realinhar o tratamento de forma intersetorial.

Após observar a realidade do cenário, problematizá-la e refletir teoricamente a respeito, identificamos que o Projeto Terapêutico Singular não é idealmente executado no serviço da forma em que é teorizado. Porém, entendemos que era importante aprimorar o processo de elaboração e compartilhamento do Plano Terapêutico.

Para tanto, foi elaborado um instrumento impresso de Acompanhamento do Plano Terapêutico, que deveria ser anexado ao cartão de atendimento do paciente, o qual reunia a trajetória atualizada de

atendimento do mesmo, contendo nome do paciente, data de nascimento, data de acolhimento no serviço e acompanhamentos realizados no serviço (especialidades, grupos e atividades externas).

As informações desse instrumento deveriam ser inseridas na evolução do prontuário eletrônico em todos os atendimentos realizados, a fim de melhorar a visualização e acompanhamento das ações junto ao paciente.

A ideia era que o profissional preenchesse as informações das terapêuticas em andamento do usuário e, a cada atendimento, revisse o cartão. O objetivo era de acompanhar a adesão, a frequência e desistência dos atendimentos e serviços, a fim de readequar as propostas terapêuticas conforme as necessidades do paciente e sua família.

## APLICAÇÃO DA REALIDADE

A proposta foi sugerida em reunião de equipe, que ocorre semanalmente no serviço, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais acerca do instrumento de Acompanhamento Terapêutico elaborado. As residentes construíram uma apresentação em Microsoft PowerPoint e apresentaram o modelo do instrumento impresso para todos os presentes.

Sugerimos, durante a apresentação, que em todo atendimento, além da conferência de cartão impresso, o PTS atualizado fosse registrado no prontuário eletrônico, de modo a facilitar a visualização e monitoramento da trajetória do paciente no serviço, bem como conferir, discutir, atualizar, registrar e acompanhar a terapêutica.

A equipe foi receptiva à proposta, entendendo as lacunas assistenciais e dificuldades de realizar o acompanhamento contínuo das terapêuticas de maneira individualizada, evidenciando a reflexão acerca dos desafios dos processos de trabalho em ambulatório de saúde mental de modo a desfragmentar o cuidado, tal como pontua Paino et al.<sup>1</sup>.

A apresentação da proposta se deu pouco tempo antes da saída das residentes do cenário em questão. Apesar da receptividade da equipe acerca da proposta e entendimento sobre sua relevância, o instrumento não foi adotado e implementado no serviço. Sobre a sua não adesão, as residentes possuem algumas suposições sobre o que possa ter ocorrido. Retomando este como um trabalho do tipo relato de experiência, que não teve como objetivo obter resultados sobre a

implementação da intervenção em questão, mas sim seu processo de construção a partir da observação dos processos de trabalho nos quais elas estavam inseridas, algumas inferências podem ser realizadas.

Como primeiro desafio se refere a rotatividade dos profissionais residentes nos cenários de aprendizagem. A residência, como processo formativo em saúde, se dá a partir da integração entre ensino, serviço e comunidade, e tem como eixos norteadores a parceria entre profissionais residentes, gestores e trabalhadores em saúde na promoção da construção de saberes e práticas compartilhadas que visem a educação permanente e mudanças nos processos de trabalho e gestão<sup>17</sup>. A formação se dá a partir do trabalho, buscando promover as ações acima citadas, porém, com prazo estipulado de dois anos e rodízios entre os cenários previstos. Dessa forma, o vínculo e continuidade das atividades e propostas promovidas pelos residentes se torna temporária e, por vezes, fragilizada em função da brevidade da passagem dos profissionais nos serviços. Na intervenção em questão, a proposta foi apresentada no período próximo de saída das residentes, o que dificultou o acompanhamento e contínuo incentivo junto às equipes no uso do instrumento.

Um segundo desafio está relacionado à dificuldade das equipes aderirem novos processos de trabalho. Para Almeida e Merhy<sup>18</sup>, o cuidado em saúde sob os princípios da Reforma Psiquiátrica é impensável sem a colaboração dos trabalhadores. Introduzem assim, a noção de trabalho vivo e trabalho morto. Como todo processo de trabalho, existem determinados fluxos e relações que são de alguma forma instituídas, que são pouco maleáveis a mudanças. O trabalho vivo é aquele que se atualiza, se reinventa, que se ampara na criatividade e na abertura para o diferente. Já o trabalho morto é aquele que se caracteriza pela sua rigidez, burocratização e fechamento. Todo trabalho é, em alguma medida, morto e vivo, mas a precarização do trabalho e as dificuldades para mudanças são aspectos que dificultam a atualização do trabalho vivo, que se reinventa. Dessa forma, entendemos que, apesar da abertura para novas propostas, a adesão de um novo instrumento acarretaria em mudanças na forma automatizada em que a equipe já executava suas funções, funcionando, possivelmente, como um dificultador na adesão de uma nova frente durante a prática assistencial.

Essa prática produziu, também, a possibilidade da equipe refletir sobre seus processos de trabalho, e como a articulação de um plano terapêutico multidisciplinar não fragmentado em especialidades é dificultada. Funcionou, assim, como um meio de refletir sobre a própria prática, promovendo espaços para alteração dos processos individuais e coletivos, potencialidades e fragilidades.

## CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como objetivo apresentar uma intervenção, utilizando a metodologia de problematização do Arco de Maguerez, que visou aprimorar os processos de trabalho da equipe de um ambulatório em saúde mental no acompanhamento de planos terapêuticos dos usuários inseridos no serviço.

Entendeu-se que a intervenção foi bem recebida pela equipe, mas não foi implementada. Como desafios se destacou a rotatividade das residentes nos cenários de aprendizagem e resistência dos trabalhadores a aderirem novos processos de trabalho. Importante ressaltar que este foi um estudo do tipo relato de experiência. As informações aqui descritas foram construídas a partir da vivência e percepção das residentes no cenário durante a construção e aplicação da metodologia do Arco de Maguerez. Sendo assim, os dados aqui levantados não são generalizáveis, o que se torna uma limitação para o aprofundamento das discussões suscitadas.

Por outro lado, demonstra-se importante compartilhar as práticas realizadas nos campos de residências em saúde e sua potencialidade na problematização e transformação dos serviços de saúde, de maneira compartilhada com trabalhadores e gestores. Como potencialidade, destacamos a oportunidade da equipe refletir acerca de suas dificuldades no acompanhamento terapêutico e na implementação de fato de um PTS multiprofissional não fragmentado.

Para estudos futuros, sugerimos a continuidade da aplicação do instrumento com fins de validação e implementação de instrumento que visa qualificar o atendimento em saúde aos usuários. Esta intervenção pode funcionar como o início de uma linha de pesquisa aos próximos residentes ou trabalhadores interessados na validação do instrumento e generalização dos dados para outros contextos.

## REFERÊNCIAS

1. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto – enferm* [Internet]. 2011 jul;20(3):493-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (*Cadernos de Atenção Básica*, 39). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
3. Ministério da Saúde (BR), 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. (*Cadernos de Atenção Básica*, 34). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
4. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União. 2001 abr 09; (seção 1): 02. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
5. Brasil. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *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*. Diário Oficial da União. 2011 dez 26. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
6. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
7. Brasil. Portaria de Consolidação MS/GM nº 03, de 28 de setembro de 2017. *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 (SUS)*. Diário Oficial da União. 2017 mar 03 (seção 1): 192. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)
8. Damos I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2017;27(4):911-932. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400004>
9. Secretaria de Estado do Distrito Federal. Nota Técnica nº 1/2018 – SES/SAIS/COASIS/DISSAM. *Critérios para encaminhamento de Crianças e Adolescentes para os Serviços de Saúde Mental Infanto-Juvenil da Atenção Secundária*. Distrito Federal: 2018.
10. Lima M, Santos L. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2012;32(1):126-141. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000100010>
11. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2012;32(1):25-40. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2011v32n1p25>

12. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. *A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades*. In: *A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos*. 1 ed. São Paulo: Editora UNESP; 2015. p. 45-52.
13. Schöngut GN, Pujol TJ. Stories about Methodology: Diffracting Narrative Research Experiences. *FQS* [Internet]. 2015 Apr. 26;16(2). Available from: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2207>
14. Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2003;8(2):621-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200022>
15. Baptista JÁ, Camatta MW, Filippou PG, Schneider JF. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(2):e20180508. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2 ed. Brasília: DF. 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)
17. Carneiro EM, Teixeira LMS, Pedrosa JI dos S. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis* [Internet]. 2021;31(3):e310314. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>
18. Almeida SA, Merhy EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Rev. psicol. polít.* 2020;20(47):65-75. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2020000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100006&lng=pt&tlng=pt)

