



Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

TUANY DE OLIVEIRA BOMFIM

A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM
ARTICULAÇÃO COM A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) A PARTIR DE
VISITAS DOMICILIARES

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2019

TUANY DE OLIVEIRA BOMFIM

A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM
ARTICULAÇÃO COM A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) A PARTIR DE
VISITAS DOMICILIARES

Relatório das atividades desenvolvidas como requisito final para a conclusão dos componentes curriculares Estágios Supervisionados Específicos I e II, do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Centro de Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Willian Tito Maia Santos.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2019

Área de concentração: Centro de Ciências da Saúde

Data da defesa: 28 de fevereiro de 2019

Aprovado em _____ de _____ de 2019

Resultado _____

BANCA EXAMINADORA

Dr. Willian Tito Maia Santos – Supervisor
Doutor em Psicologia Social- USP
Docente - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dra. Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya
Doutora em Psicologia – UFRGS
Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dra. Vânia Sampaio Alves
Doutora em Saúde Pública (ISC-UFBA)
Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.
Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se
plantou;
Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar;
Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar;
Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se
de abraçar;
Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora;
Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar;
Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.
Que proveito tem o trabalhador naquilo em que trabalha?
Tenho visto o trabalho que Deus deu aos filhos dos homens, para com ele os exercitar.
Tudo fez formoso em seu tempo; também pôs o mundo no coração do homem, sem que este
possa descobrir a obra que Deus fez desde o princípio até ao fim.
Já tenho entendido que não há coisa melhor para eles do que alegrar-se e fazer bem na sua
vida;
E também que todo o homem coma e beba, e goze do bem de todo o seu trabalho; isto é um
dom de Deus.
Eu sei que tudo quanto Deus faz durará eternamente; nada se lhe deve acrescentar, e nada se
lhe deve tirar; e isto faz Deus para que haja temor diante dele.
O que é, já foi; e o que há de ser, também já foi; e Deus pede conta do que passou.
Vi mais debaixo do sol que no lugar do juízo havia impiedade, e no lugar da justiça havia
iniquidade.
Eu disse no meu coração: Deus julgará o justo e o ímpio; porque há um tempo para todo o
propósito e para toda a obra.
Disse eu no meu coração, quanto a condição dos filhos dos homens, que Deus os provaria,
para que assim pudessem ver que são em si mesmos como os animais.
Porque o que sucede aos filhos dos homens, isso mesmo também sucede aos animais, e lhes
sucede a mesma coisa; como morre um, assim morre o outro; e todos têm o mesmo fôlego, e a
vantagem dos homens sobre os animais não é nenhuma, porque todos são vaidade.
Todos vão para um lugar; todos foram feitos do pó, e todos voltarão ao pó.
Quem sabe que o fôlego do homem vai para cima, e que o fôlego dos animais vai para baixo
da terra?
Assim que tenho visto que não há coisa melhor do que alegrar-se o homem nas suas obras,
porque essa é a sua porção; pois quem o fará voltar para ver o que será depois dele?

AGRADECIMENTOS

Gostaria, primeiramente, agradecer a Deus, pois sem Ele eu não conseguiria. “Porque dEle e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente. Amém” (Rm 11:36). Ao meu esposo Gleyson, por seu companheirismo, entendimento nos meus momentos difíceis, por me acolher em seu abraço e por nunca me deixar sozinha, pelo contrário, sempre se manter constante em amor e cumplicidade. Eu te amo! Ao meu filho Théo, o meu precioso, que com toda a sua beleza, alegria e ternura me transformava em uma mulher mais madura e responsável. Você arranca os meus melhores sorrisos e eu o amo de todo o coração! O que seria de mim durante esse processo sem a presença assídua dessas duas mulheres: Wanessa e Nadja?! Que grande privilégio e honra tê-las em minha vida e poder chamá-las de mãe e avó. Não conseguiria sem o apoio, o incentivo, o afago e a ajuda de vocês. Agradeço também ao meu pai, que mesmo distante, tentou estar perto e liberou palavras de bênção sobre a minha vida. A Geu, a quem eu costumo chamar carinhosamente de Geuge, meu PAIdrasto. Aos meus tios e pastores Jhon e Dani por me darem suporte sempre que necessário. Aos meus irmãos, em especial Rai e Noan, por me dedicarem abraços e beijos tão calorosos que tornava o meu dia mais feliz. A minha sogra Ivonice, com todo seu carinho, e aos cunhados Gleyce e Agnaldo. Aos meus tios Yuri, George e Alan. Aproveito para estender os agradecimentos a toda a minha família. Vocês são parte essencial desse processo. Gratidão aos meus amigos-irmãos, uns de caminhada mais longa, outros mais recentes, porém todos extremamente especiais: Laisa e Neto; Thyara e Marcelo; Emilly e Matheus; Mima e Rode; Tamires e Rubão Paloma; Helen (prima); Fabíola; Nanda; Neri; Filipe; Brunno; Poder contar com vocês, a qualquer hora do dia ou da noite, nos momentos de alegria e tristeza, fizeram toda a diferença nessa trajetória. A toda a família TAG e a juventude, que são tão especiais pra mim! Aos presentes que a UFRB me deu: Lanne, Rainah, Lays e, em especial, Thiala, minha companheira na Saúde! Dedico meu respeito e eterna gratidão aos meus mestres, principalmente ao meu orientador Tito, um ser humano incrível, que fez desse um ano tão tenso, mais leve; minha querida professora, que se tornou uma referência, Cristiane Alfaya, a senhora fez toda a diferença nesse processo. Mas, falei a verdade em te colocar num potinho e levar pra casa viu?! Rsr; Vânia, psicóloga e vice-diretora do CCS, que grande honra tê-la em minha banca. Aos professores Roberval e Marta Alfano, vocês também marcaram a minha vida! Aos pontos de atenção que compõem a RAPS, que tornaram meu estágio possível, assim como a equipe de profissionais do CAPS e da USF – Amparo. Meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AT – Acompanhamento Terapêutico
BPC/LOAS – Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CF-88 – Constituição Federal de 1988
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças
CNS – Conferência Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PNH – Política Nacional de Humanização
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UPA – Unidades de Pronto Atendimento
USF – Unidade da Saúde da Família
VD – Visita Domiciliar

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Comparativo entre fatores relacionadas à gestão, estabelecidos pela Portaria nº 336/2002 e o que se cumpre no CAPS II Vida Nova – Santo Antônio de Jesus, BA. 18

Tabela 2 - Comparativo entre fatores relacionadas à assistência prestada ao paciente, estabelecidos pela Portaria nº 336/2002 e o que se cumpre no CAPS II Vida Nova – Santo Antônio de Jesus, BA.. 19

Tabela 3 - Comparativo entre fatores relacionadas aos recursos humanos, estabelecidos pela Portaria nº 336/2002 e o que se cumpre no CAPS II Vida Nova – Santo Antônio de Jesus, BA. 20

Tabela 4 - Metas estabelecidas a partir da minha inserção em diferentes instituições e espaços sociais.
..... 27

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	17
2.1.	A REDE MUNICIPAL DE SAÚDE	17
2.2.	CAPS II NOVA VIDA E AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL	17
2.3.	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – AMPARO (USF – AMPARO)	21
3.	APRESENTAÇÃO DAS USUÁRIAS.....	21
4.	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	22
4.1.	SUPERVISÃO	23
4.2.	DIÁRIOS DE CAMPO.....	23
4.3.	VINCULAÇÃO COM A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – AMPARO E ARTICULAÇÃO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	24
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
7.	REFERÊNCIAS	34
8.	APÊNDICES	37
8.1.	APÊNDICE A: ESBOÇO DO PTS	37
8.2.	APÊNDICE B: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	38
8.3.	APÊNDICE C: REAVALIAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	40

APRESENTAÇÃO

O presente relatório tem por objetivo precípua descrever as atividades desenvolvidas nos Estágios Supervisionados I e II, do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sob orientação do professor Dr. Willian Tito Maia Santos, o qual aconteceu durante o período de maio de 2018 a fevereiro de 2019 e teve como finalidade a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Por ser um relato de práticas de estágio, buscou-se enfatizar as articulações realizadas entre o Centro de Atenção Psicossocial II Nova Vida (CAPS II Nova Vida) com a Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF – Amparo), ambos localizados no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Este trabalho científico aponta aspectos relevantes sobre a Reforma Sanitária e Psiquiátrica, Políticas Públicas de Saúde, bem como a luta pelos direitos por serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus níveis de densidade tecnológica, para todos os cidadãos brasileiros, em seus respectivos territórios.

O texto foi dividido em fases, tais como: no primeiro momento, a descrição do campo de estágio; em seguida, a apresentação das usuárias; dando continuidade delineou-se as atividades desenvolvidas; dando prosseguimento registrou-se os resultados e discussão; e, por fim, as considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi um movimento que começou a ser gestado em um contexto de ditadura militar (1964 – 1985), com a proposta de construir uma nova política de saúde democrática, baseada na equidade, justiça social, descentralização, universalização e unificação como elementos principais para que o movimento ocorresse efetivamente. Nesse momento o país vivia uma dualidade entre medicina previdenciária e saúde pública. O primeiro era pautado em ações dirigidas aos trabalhadores formais, principalmente nas zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. O segundo era direcionado às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, tendo como foco atividades de caráter preventivo, sob o comando do Ministério da Saúde (MS).

Na década de 1970, momento em que ocorreu o movimento supracitado, mais especificamente no ano de 1979, realizou-se o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, com intuito de sintetizar as principais reivindicações do movimento sanitário. Nesse evento, foi aprovado um documento que estabeleceu os princípios centrais a serem adotados pela reforma sanitária, a saber: direito universal à saúde; caráter intersetorial dos determinantes da saúde; papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; participação popular; controle democrático; necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Paralelo ao movimento sanitário, também ocorria a Reforma Psiquiátrica, caracterizada por ser um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens. Era compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, sendo no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avançou, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

A Reforma afetou os governos federal, estadual e municipal, as universidades, o mercado dos serviços de saúde, os conselhos profissionais, as associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, os movimentos sociais, como também os territórios do imaginário social e da opinião pública, pois estava modificando o modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico.

O movimento teve início mais efetivo em 1978, pois foi o ano em que foi constituído o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tendo sido formado por

associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, além dos trabalhadores, os quais lutavam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Essa reforma foi marcada por denúncia da violência dos manicômios; mercantilização da loucura; hegemonia de uma rede privada de assistência; construção coletiva de uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Após isso, em 1985, encerrou-se o regime militar, finalizando também algumas de suas estruturas políticas autoritárias, com a realização de eleições diretas para prefeito das capitais e, no ano seguinte, uma assembleia nacional constituinte que iria aprovar, em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, que levaria o país de volta à democracia. Entretanto, esse processo de redemocratização aconteceu em meio a uma crise econômica, o que levou o Brasil a planos econômicos emergenciais que visavam tirar o país da hiperinflação e fomentar o crescimento econômico.

Em 1986 aconteceu a oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi um grande marco na mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde brasileiro. Entre os principais temas da Conferência constavam, entre outros, o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; o financiamento do setor; a hierarquização dos cuidados médicos segundo sua complexidade e especialização e a participação popular nos serviços de saúde. Nas assembleias realizadas se discutiam e eram aprovadas as principais demandas do movimento para fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, desembocando em um sistema único.

Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), definiu-se que “a saúde é direito e dever do Estado”. Dessa maneira, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidado os seus princípios: equidade, integralidade e universalidade, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

A CF-88 e, posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, intensificaram debates já existentes acerca do conceito de que saúde não se limita apenas a ausência de doença, mas, acima de tudo, como qualidade de vida, decorrente de outras políticas públicas que promovessem a redução de desigualdades regionais e desenvolvimentos econômico e social.

Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso em 2018).

Ainda no âmbito do SUS, é elementar citar os níveis de densidade tecnológica: primária, nomeada de Atenção Básica (AB) e reconhecida como porta de entrada do sistema, a partir da Unidade Básica de Saúde – UBS ou Unidade de Saúde da Família – USF, por exemplo; secundária, caracterizada por realizar ações de média complexidade, com atendimentos que necessitam de cuidado especializado e uso de tecnologias para diagnóstico e tratamento; e terciária, considerada a de maior complexidade, alta tecnologia e custo.

Em 1987, um ano antes da CF-88, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, localizado na cidade de São Paulo. E no ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Foi o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

Partindo para o ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, citado anteriormente, conseguiram aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Foi a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começou a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

Por meio do compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida de 01 a 04 de dezembro de 1992, passaram a entrar em vigor, no país, as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária. Nesse cenário, foram fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Nesse contexto que compreendeu as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, do Ministério da Saúde (MS), surgiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual foi institucionalizada por meio da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, visando a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS propôs um novo modelo de atenção em saúde mental a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de densidade tecnológica, oferecer cuidado por meio de estratégias de acolhimento e de construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), embasados em políticas transversais e comunicação dos seguintes pontos de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018):

1. CAPS: presta serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial;
2. Urgência e emergência – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e pronto socorro: são serviços para o atendimento de urgências e emergências rápidas, pela classificação de risco e tratamento específico;
3. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): moradias ou casas destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares;
4. Unidades de acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h/dia, em ambiente residencial;
5. Ambulatórios multiprofissionais de Saúde Mental: serviços compostos por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro e outros profissionais que atuam no tratamento de pacientes que apresentam transtornos mentais;
6. Comunidades Terapêuticas: serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para pacientes com necessidades clínicas estáveis;
7. Enfermarias Especializadas em Hospital Geral: serviços destinados ao tratamento adequado e manejo de pacientes com quadros clínicos agudizados, em ambiente protegido e com suporte e atendimento 24 horas por dia;

8. Hospital-dia: assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.

É importante reafirmar que, de acordo com Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS deveriam ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabia ao mesmo o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, buscando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS era o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convidava o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005).

Entretanto, em 21 de dezembro de 2017, foi expedida a Portaria n° 3.588, na qual passou a vigorar sobre a RAPS, a inclusão dos Hospitais Psiquiátricos e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), desfazendo toda a luta antimanicomial travada anteriormente. E, contribuindo com essa Portaria, foi publicada, recentemente, a Nota Técnica n° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, pelo Ministério da Saúde, a qual apresenta:

A Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), delineando novas diretrizes de ações propostas de forma conjunta pela União, Estados e Municípios para o fortalecimento da RAPS, que se esclarecem por meio da presente Nota Técnica, sendo as demais portarias citadas acessórias e complementares. Ademais, a presente Nota Técnica apresenta também a Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que modificou as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, fato este que altera as orientações para o tratamento e reinserção social de pacientes que apresentam dependência química e que estão em seguimento na RAPS (BRASIL, 2019).

Os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica desencadearam uma série de transformações positivas nos modelos de atenção e cuidado em saúde mental, que precisam ser preservadas pela sua eficácia e eficiência, além de respeitar os direitos humanos, a subjetividade dos usuários, bem como sua autonomia e liberdade.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) pronunciou-se, por meio da conselheira Marisa Helena Alves, em relação à nota publicada, afirmando que a medida rompe com a política de desinstitucionalização e incentiva a hospitalização e o tratamento desumanizado. Ela ressalta a gravidade da desconstrução da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a inclusão dos hospitais psiquiátricos entre os mecanismos.

“Consideramos um retrocesso, a inclusão dos hospitais psiquiátricos nas RAPs. Com a Reforma Psiquiátrica, o paciente psiquiátrico passava a ter essa atenção fora dos muros do manicômio e, conseqüentemente em liberdade, podendo ter todo o seu direito de cidadão de ir e vir preservado. [...] Este modelo coloca o hospital no centro do cuidado em saúde mental, priva o sujeito da liberdade, dentro de um sistema que não favorece a recuperação, mas simplesmente o isolamento” (CFP, 2019).

Vale ressaltar que os processos reformistas permitiram não somente a estruturação de novos serviços, mas principalmente se constituíram enquanto mobilizadores de mudanças nas ações e estratégias de cuidado em saúde mental e nas concepções que orientam esse cuidado. Assim, a nota técnica publicada deve ser combatida, já que trouxe em seu texto a volta dos hospitais psiquiátricos e a eletroconvulsoterapia (ECT) como oferecimento de melhor aparato terapêutico para a população:

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens (BRASIL, 2019).

Face ao exposto, ainda é possível e salutar a construção, para os usuários dos serviços, especialmente do CAPS, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode ser entendido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas, pois esses estabelecimentos são considerados pontos especializados em saúde mental, prestando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2008).

O PTS é composto por quatro etapas: a primeira é o diagnóstico, que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, para possibilitar uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. A segunda etapa é a definição de metas, uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela elabora propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. A terceira etapa refere-se à divisão de responsabilidades, onde é importante definir as tarefas de cada um com clareza. E quarta etapa, trata da reavaliação, momento no qual se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (BRASIL, 2008).

Portanto, o PTS, enquanto ordenador do cuidado, possui como um dos seus principais focos a reinserção social do usuário, visto que o mesmo visa o desenvolvimento de ações que envolvam educação, esporte, cultura, lazer, dentre outros. Além disso, é imprescindível a articulação dos serviços da rede com a oferta de suporte social aos pacientes, contribuindo, de maneira significativa, para o restabelecimento de vínculos fragilizados ou perdidos ao longo do processo de adoecimento.

Ainda se inclui na atenção psicossocial o Acompanhamento Terapêutico (AT), considerado um importante instrumento de integração de projetos assistenciais centrados na atenção psicossocial. Suas ações se inserem como práticas opostas aos modelos asilares de tratamento, alinhando-se a propostas da reforma psiquiátrica e sanitária (FIORATI, 2006 apud ACIOLI NETO E AMARANTE, 2013). O AT pode ser caracterizado como uma prática clínica, a qual tem seu espaço nas ruas, que almeja aproximar o sujeito das ofertas de laço social, resgatando vínculos, sua cidadania e sua circulação em espaços que façam sentido para o portador de sofrimento psíquico (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013).

Assim, o trabalho do AT permite o fortalecimento de uma rede intersetorial, na qual a atenção ofertada nos CAPS, por exemplo, pode articular-se com as ações da atenção primária (UBS ou USF), pois o cuidado promovido por esse ator desenvolve-se em uma elaboração com o usuário, dentro de sua rede comunitária. Dessa forma, o cuidado se torna culturalmente localizado dentro da realidade do sujeito, em conformidade com suas tradições e com os objetivos de sua inserção territorial e autonomia política (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013).

Além do AT, há também uma outra ferramenta que pode ser utilizado tanto na atenção primária como também na especializada que são as Visitas Domiciliares (VD), as quais estão fundamentadas na Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Esse artifício se constitui como um instrumento facilitador na abordagem do usuário e da sua família. Dessa maneira, pode-se apontar que as VD

Objetivam promover momentos para a realização de atendimento assistencial e educativo, tanto para o paciente como para a família. A VD é concebida como tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado (PEREIRA, 2014).

A VD é importante por proporcionar um acompanhamento individualizado tanto do usuário quanto da sua família, ambos implicados no autocuidado, permitindo uma aproximação dos mesmos com os serviços da RAPS. Assim, a VD torna-se uma ferramenta indispensável para que os profissionais envolvidos no processo entendam a dinâmica familiar, o possível

envolvimento da família no cuidado oferecido ao usuário, bem como fornecer um suporte para que não haja intercorrências negativas em relação ao processo de tratamento.

2. DESCRIÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

2.1. A Rede Municipal de Saúde

A cidade de Santo Antônio de Jesus possui, de acordo com pesquisa estimativa pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, cerca de 100.605 habitantes, até o ano de 2018 (IBGE, 2018). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a rede de atenção à saúde do SUS do município de Santo Antônio de Jesus é composta por: 22 Unidades de Saúde da Família (USF); uma Unidade Básica de Saúde (UBS); um Hospital Geral Regional; uma Maternidade Municipal; uma unidade do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU); um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD); dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF); um Ambulatório de Saúde Mental; e uma policlínica.

2.2. CAPS II Nova Vida e Ambulatório de Saúde Mental

De acordo com a Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS II é a modalidade de serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. É um serviço de atenção psicossocial que deverá estar capacitado para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, como também deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

Com base nos aspectos formulados acerca dos Centros de Atenção Psicossocial, vale fazer uma correlação entre o que está posto na Portaria n° 336 com o que acontece na realidade do CAPS II Nova Vida, em Santo Antônio de Jesus, visto que durante o estágio, foi possível observar muitas falhas no serviço, a saber:

Tabela 1- Comparativo entre fatores relacionadas à gestão, estabelecidos pela Portaria nº 336/2002 e o que se cumpre no CAPS II Vida Nova – Santo Antônio de Jesus, BA.

PORTARIA Nº 336 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002	CAPS II NOVA VIDA		
	CUMPRE	CUMPRE PARCIAL-MENTE	NÃO CUMPRE
Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.		X (A gestão não acontece efetivamente)	
Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, por determinação do gestor local.		X (A gestão não acontece efetivamente)	
Coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território.		X (A gestão não acontece efetivamente)	
Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.			X (Não há comunicação na rede de atenção psicossocial – RAPS)
Realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental.		X (Grande parte dos prontuários está desatualizada)	
Funcionar de 8 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.			X (o funcionamento ocorre das 7h às 16h)

Obs. Tabela elaborada pela autora.

Tabela 2 - Comparativo entre fatores relacionadas à assistência prestada ao paciente, estabelecidos pela Portaria nº 336/2002 e o que se cumpre no CAPS II Vida Nova – Santo Antônio de Jesus, BA.

CAPS II (Portaria nº 336)	CAPS II NOVA VIDA		
	CUMPRE	CUMPRE PARCIAL-MENTE	NÃO CUMPRE
Atendimento individual	X (Com todos os profissionais)		
Atendimento em grupos	X (Com o psicólogo)		
Atendimento em oficinas terapêuticas	X (GAM – Gestão Autônoma da Medicação; Coral; Artesanato; Produção de renda)		
Visitas domiciliares		X (Dificuldade com disponibilidade do carro para o serviço)	
Atendimento à família	X (Com psicólogo, psiquiatra e enfermeira)		
Atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social.	X (Organização de bazar na praça em frente ao serviço; futebol com os usuários)		
Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.	X (Fornecedor externo da unidade de serviço)		

Obs. Tabela elaborada pela autora.

Tabela 3 - Comparativo entre fatores relacionadas aos recursos humanos, estabelecidos pela Portaria nº 336/2002 e o que se cumpre no CAPS II Vida Nova – Santo Antônio de Jesus, BA.

CAPS II (Portaria nº 336)	CAPS II NOVA VIDA		
A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:	CUMPRE	CUMPRE PARCIAL-MENTE	NÃO CUMPRE
01 médico psiquiatra	X		
01 enfermeiro com formação em saúde mental	X		
04 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.		X (01 Psicólogo e 01 Assistente Social)	
06 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.	X		

Obs. Tabela elaborada pela autora.

As composições citadas nas tabelas também correspondem ao funcionamento do Ambulatório em Saúde Mental, já que ambos estão situados no mesmo imóvel, sendo divididos apenas por uma parede, e os usuários do CAPS e pacientes do Ambulatório acabavam por transitar nos dois ambientes. Dessa maneira, o campo de estágio, a princípio, se iniciaria no CAPS II Nova Vida, mas, com possibilidades de caminhar por toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Assim, ao chegar no CAPS II, nossa equipe de estagiários participou de uma reunião com o gestor do serviço, o qual se mostrou muito disponível para nos auxiliar e realizar as demandas advindas, junto à equipe multidisciplinar. Naquele momento, também havia um médico psiquiatra que é professor de uma turma de internos do curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) que, em acordo com o gestor, dividiram os prontuários: uma parte seria responsabilidade do CAPS II Nova Vida e a outra parte seria de responsabilidade das turmas de estagiários, na área de Saúde Mental, dos cursos de Medicina e Psicologia da UFRB.

Face ao exposto, iniciou-se uma busca por pessoas que estivessem passando por algum tipo de sofrimento psíquico e/ou que tivesse o diagnóstico de alguma psicopatologia mais grave, porque essa é uma prioridade em relação à construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). No primeiro dia, encontramos os prontuários de duas pessoas (mãe e filha) que nos despertaram

interesse, posto que ambas foram atendidas apenas no Ambulatório de Saúde Mental (não eram usuárias CAPS), sobre as quais apresentarei informações detalhadas à frente.

2.3. Unidade de Saúde da Família – Amparo (USF – Amparo)

Durante o período de estágio, foi necessário fazer uma articulação entre CAPS II Nova Vida e a Unidade de Saúde da Família do Amparo, localizada no bairro do Amparo, em Santo Antônio de Jesus – Bahia, devido ao fato de que as usuárias em questão haviam sido atendidas, apenas uma vez, no ambulatório, por apresentarem dificuldades relacionadas ao deslocamento até a unidade. Por isso, a prática foi pautada em visitas domiciliares e na articulação com a USF Amparo, bairro em que as mesmas residiam.

A USF Amparo era composta, à época do estágio, pelos seguintes trabalhadores: 01 enfermeira; 01 médico; 01 dentista; 08 agentes comunitários de saúde; 03 técnicas de enfermagem; 01 auxiliar odontológico; 02 auxiliares administrativas e 01 responsável por serviços gerais. Além dessa equipe, haviam também os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), os quais realizavam atendimentos em dias alternados na unidade sendo o NASF integrado por 01 psicóloga; 01 assistente social; 01 fonoaudióloga; 01 nutricionista; 01 farmacêutica; 01 fisioterapeuta e 01 educador físico.

A estrutura física dispõe de recepção, sala de espera, farmácia, sala de vacinas, dois banheiros (um para funcionários e outro para os usuários), sala do dentista, sala do médico, cozinha, espaço para reunião e almoxarifado.

3. APRESENTAÇÃO DAS USUÁRIAS

- a) Maria (nome fictício), negra, 38 anos, duas filhas (8 e 13 anos), analfabeta, solteira e sem emprego formal (catadora de latas), sendo o Bolsa Família a principal renda da casa, mora em casa própria com suas filhas e seu irmão etilista, porém em uma situação de extrema vulnerabilidade:

“Junto umas latinha para ganhar três reais no quilo, pra não ficar sem comprar pão, sabe?”; “Meu irmão só chega bêbado dentro de casa, larga o portão aberto. Já tá sem cadeado. Tenho que ficar acordada esperando ele chegar pra amarrar uma corda, porque da última vez, um homem entrou aqui em casa de madrugada. Botei ele pra correr com o cabo de vassoura, pra proteger minhas filha”; “Tô sem água, pegando água na oficina aqui do lado”; “Cortaram a luz aqui de casa, fui na prefeitura pedir pra alguém pagar a conta, mas ainda não pagaram” (falas de Maria).

De acordo com seu prontuário, ela apresentava sintomas compatíveis com a esquizofrenia paranoide, ocasionada após o parto de sua filha caçula em 2010, manifestando sintomas como: discurso desconexo; alucinações visuais (conversando sozinha) e auditivas (ouvindo vozes que sempre a chamavam) associado ao importante comprometimento cognitivo e comportamento inadequado.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), o diagnóstico de Maria, que ainda não estava fechado completamente, é compatível com a patologia CID 10: F20.0 e possui essas características:

A esquizofrenia paranoide se caracteriza essencialmente pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos (DATASUS, acesso em 2018).

- b) Julia (nome fictício), filha de Maria, tem 13 anos de idade, mora com a mãe, a irmã e o tio e cursa o oitavo ano em uma escola pública. Em seu prontuário do Ambulatório de Saúde Mental estava descrito que a mesma não desejou falar, se manteve calada durante todo o atendimento. Pediu um papel e escreveu um bilhete para a interna de medicina que estava lhe atendendo, o qual dizia: *“Fui abusada. Por favor, não conta pra ninguém”*. Não havia nenhum diagnóstico fechado, apenas o relato da observação realizada durante o atendimento que constava introspecção, cabisbaixa, tristeza aparente.

“[...] todo profissional de Saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de Saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo projeto terapêutico, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em Saúde [...]” (MERHY, 1998, p. 10-11).

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As atividades desenvolvidas durante período de estágio foram atravessadas por diversos aspectos e contextos diferentes, a saber: não foi possível acompanhar, de maneira terapêutica, as duas usuárias, já que eram mãe e filha. Por conta disso, optamos pela construção do PTS para a Maria, já que ele é pautado em uma psicopatologia severa e persistente. Porém, durante as visitas domiciliares e na articulação com a USF Amparo, em contato com a Agente

Comunitária de Saúde (ACS) e a enfermeira, conseguimos investigar a situação de abuso, relatada pela menor. Detalharemos ambos os casos à frente.

4.1. Supervisão

Durante todo o período do estágio, houve supervisão semanal pelo professor Dr. Willian Tito, com duração de quatro horas, podendo se estender dependendo da necessidade e demanda de cada estagiário. A princípio, as supervisões aconteciam no CAPS II Nova Vida, com o objetivo de nos familiarizar com os profissionais e usuários daquele espaço. As reuniões ocorriam em um espaço ao lado da horta, no espaço de convivência ou em alguma sala disponível. Mas, o objetivo principal era estar naquele ambiente, participando do dia a dia dos usuários, no intuito de criar vínculos.

Entretanto, em um determinado momento, as supervisões no CAPS ficaram inviáveis, pois antes das 16 horas, os funcionários já fechavam a unidade, inclusive, certa vez corremos risco de ficar presos na mesma. Por isso, o nosso supervisor optou em voltar para o Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB.

As supervisões foram de extrema importância para o andamento do estágio, pois nelas ocorriam as discussões teóricas dos textos, leis e portarias indicados; o compartilhamento do que ocorreu durante a semana com cada estagiário, como também as orientações fornecidas pelo professor/supervisor que eram direcionadoras para as possíveis intervenções que fossem pertinentes no decorrer da prática em exercício.

A partir do acompanhamento *in loco* do professor/supervisor, o qual nos proporcionou segurança, resiliência, esclarecimento de dúvidas e impulsionamento para continuidade do processo, foi possível pensar e produzir dispositivos institucionais no âmbito dos estabelecimentos de saúde, no tensionamento da política, organização e processos de trabalho realizados no CAPS II.

4.2. Diários de Campo

Os diários de campo são um instrumento documentado, no qual o estagiário pode estabelecer conexões entre teoria-prática-academia-campo de estágio e supervisão, de acordo com a realidade vivenciada no cotidiano profissional de visitas domiciliares e de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio de relatos de experiências.

De acordo com Lewgoy, Arruda (2004, p. 123-124),

O diário de campo consiste em um instrumento capaz de possibilitar o exercício acadêmico na busca da identidade profissional à medida que através de aproximações

sucessivas e críticas, pode-se realizar uma reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios. É um documento que apresenta um caráter descritivo – analítico, investigativo e de sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas. O diário consiste em uma fonte inesgotável de construção e reconstrução do conhecimento profissional e do agir de registros quantitativos e qualitativos.

Corroborando com esse postulado, Falkembach (1987) afirma que essa ferramenta abarca um registro completo das observações pessoais do estagiário acerca dos acontecimentos, dinâmica familiar, relações verificadas, subjetividade dos envolvidos, buscando refletir sobre os mesmos. Dessa forma, os diários de campo foram utilizados como um dispositivo essencial de registro e consulta que facilitaram o processo de fidedignidade ao que estava ocorrendo durante o estágio, bem como as observações realizadas e, principalmente, para a definição de metas do PTS.

4.3. Vinculação com a Unidade de Saúde da Família – Amparo e articulação com a equipe multiprofissional

O contato inicial com o CAPS II Nova Vida aconteceu por meio das supervisões, da reunião com o gestor e, em uma segunda reunião, com a equipe multiprofissional que foram de extrema importância para a nossa inserção no serviço, visto que, nessas reuniões, o professor Dr. Willian Tito explicou qual seria o objetivo principal do estágio, a construção do PTS e, foi a partir disso que houve uma abertura para o relacionamento dos estagiários com os técnicos.

Em relação específica à minha prática, fiquei no CAPS II por pouco tempo, já que a usuária selecionada foi atendida, apenas uma vez no Ambulatório. Devido a isso, me direcionei para a Unidade de Saúde da Família do bairro Amparo e tracei a prática por meio das visitas domiciliares (VD).

Ao chegar na USF Amparo, fui muito bem recebida por todos. Busquei me relacionar com os profissionais da unidade, visando a articulação e o vínculo com eles. De início, descobri que a ACS responsável pela área de Maria e Julia estava de férias, então recorri à enfermeira e conversei com ela acerca do objetivo do estágio. A mesma autorizou que uma outra ACS me acompanhasse até a casa de Maria, procedimento necessário, por se tratar da primeira VD.

Em todo o período do estágio, sempre busquei a articulação com os profissionais envolvidos. As idas até a USF aconteciam com frequência, pois antes de fazer cada VD, eu passava na unidade para manter uma interação dialógica com os técnicos, no sentido de não perder o vínculo, visto que essa postura fez toda a diferença na minha prática, principalmente na construção do PTS de maneira conjunta, já que

[...] a corresponsabilização passa por uma pactuação entre todos os atores envolvidos, entre eles, profissionais de saúde, usuários e familiares, em prol de possibilitar uma resposta efetiva

à demanda de cuidado em saúde mental trazida pelo usuário. [...] O usuário tem sua cota de responsabilidade com seu processo saúde-doença e deve ser incentivado por profissionais e familiares quanto a sua capacidade de enfrentamento de seus problemas, baseando-se nas suas condições sociais, econômicas, culturais e resgatando a sua cidadania, para a sua reinserção na sociedade (DINIZ, 2012, p. 51-52).

Nesse contexto, percebemos o valor da Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como premissa básica transformar as relações de trabalho, por meio da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. O transversalizar, como um princípio norteador das políticas e programas do SUS, permite reconhecimento das diferentes especialidades e práticas de saúde que podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes produzem saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2013).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na prática do estágio, os diários de campo foram norteadores para organizar as intervenções, pois estes serviram como um dispositivo de coleta e análise de informações, trazendo todo o histórico relacionado ao acompanhamento da usuária. São ferramentas importantes, pois nos dão subsídios para relacionar fatores ocorridos anteriormente com fatores que ocorriam no presente, de maneira que possibilitaram compreender os fenômenos sociais da usuária acompanhada, facilitando, assim, a compreensão da evolução dela. Com base nesse pressuposto, seguem relatos do histórico da minha prática.

Inicialmente, encontrei as internas de Medicina, responsáveis pelos casos de Maria e Julia. Expliquei a importância da construção do PTS para a Maria e falei do meu interesse em acompanhá-la. Então, ficou combinado que a partir daquele momento eu também faria visitas às usuárias.

O primeiro caso analisado foi o de Julia, no qual, as internas de Medicina informaram que ainda não haviam realizado contato com a adolescente porque a mesma não comparecia ao CAPS, e quando fizeram a visita domiciliar, não a encontraram em sua residência, pois a mesma encontrava-se na escola (estuda no turno matutino). Só foi possível encontrar Julia em casa após a finalização do ano letivo.

Sobre Maria, as internas informaram que já havia uma suspeita de gravidez, porém o teste ainda não havia sido feito quando realizaram visita domiciliar. Assim, me aproximei do caso de Maria por meio das duas internas do curso de Medicina que estavam acompanhando a mesma.

O objetivo das internas de Medicina participarem da visita junto com a enfermeira era para aplicar uma medicação de Haldol injetável, pois, de acordo com elas, seria a única medicação que não prejudicaria a gestação, a qual, posteriormente foi descartada após o exame ter resultado negativo. Essa medicação objetiva a diminuição das alucinações e ideações suicidas, que Maria queixava-se ao parar, por conta própria, de tomar as medicações prescritas. Entretanto, a visita não aconteceu por conta da indisponibilidade do carro do CAPS.

Em conversa com a interna de Medicina, responsável pelo acompanhamento da usuária, fui informada que o carro do CAPS nunca estava disponível para realizar as visitas, e por causa disso, ela realizava por conta própria, utilizando o seu carro. Essa dificuldade também foi relatada pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2017), que constatou a falta de carros para realização das visitas e transportes coletivos para atividades extramuros realizadas pelo CAPS.

Em relação aos remédios prescritos pelo psiquiatra do CAPS, Maria se recusou a ingeri-los. Por isso, a interna de medicina foi buscá-la em casa para levar ao CAPS, a fim de convencê-la a aceitar a medicação Haldol injetável. Maria chegou ao CAPS acompanhada por sua filha mais nova, sua irmã e seu sobrinho (bebê de colo). Chorando muito devido às dores que relatava estar sentindo, com edemas nas articulações, e suspeita de Chicungunya. Depois veio a se acalmar, parou de chorar e aceitou a aplicação da medicação. Este foi o momento, no qual tive o primeiro contato com Maria e a oportunidade de conversar com a mesma, porém de forma rápida, visto que a mesma alegava sentir muita dor.

Maria não se mostrou muito aberta para conversar naquele momento (atribui esse comportamento ao desconforto e dor que ela estava sentindo). Porém, mesmo assim conversamos um pouco e a mesma relatou: *“não estou guentando essas dores, fiquei sem comer porque não consegui levantar para fazer o almoço; minha filha mais nova, essa aqui, é tranquila e me ajuda, mas a mais velha Julia estava muito agressiva, não ajuda em nada, e quando pedia ajuda, Julia achava ruim”*. Então perguntei se poderia lhe fazer uma visita domiciliar para que pudéssemos conversar um pouco mais e a resposta foi sim.

Após essa primeira e breve conversa, tive autorização para ir até a casa da usuária para assim iniciar o trabalho com visitas domiciliares (VD). Naquele momento, foi possível me disponibilizar para uma escuta qualificada da usuária, promovendo o acolhimento, considerado como um instrumento de fortalecimento de vínculo entre o profissional e o usuário (BRASIL, 2013).

Na primeira tentativa da visita, percebemos que a casa de Maria não fica distante da USF e, ao chegar lá, verificamos que ela não estava. Seu irmão dormia em um sofá que ficava

na porta da casa (parecia estar alcoolizado), mas ele não acordou enquanto chamávamos por Maria. Um vizinho nos avisou que a mesma havia ido ao médico. Como a visita ficou impossibilitada de acontecer, voltamos para a unidade de saúde.

A segunda tentativa de VD aconteceria na casa da irmã de Maria, onde ela ficou hospedada por um período entre 20 a 30 dias, enquanto estava doente. Porém, no dia agendado para a visita, alguns exames que estavam aguardando autorização do SUS foram liberados e Maria foi realiza-los. Dessa forma, a VD foi remarcada para a semana seguinte. Sua irmã me relatou que havia conseguido o aluguel social para Maria mudar de casa e ir morar perto dela. Entretanto, não conseguiram encontrar um imóvel que tivesse com o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) em dia. Como demorou muito tempo, Maria desistiu do benefício e continuou morando no mesmo lugar de antes.

Na semana subsequente, Maria já havia voltado para sua residência e a visita aconteceu com acompanhamento da ACS daquela área, que já havia retornado de férias e, na casa estavam Maria, sua filha mais nova e a irmã com o filho (bebê).

A usuária estava se sentindo muito melhor, comparado ao dia em que ela foi ao CAPS; as dores haviam diminuído bastante, já conseguia andar e realizar a maioria dos movimentos. Estava sorridente e afirmando se sentir bem. Nessa visita, a conversa foi mais tranquila, a fim de criar um vínculo maior, confiança e explicar a nossa proposta do estágio e construção do PTS, novamente. Durante a visita, Maria se mostrou aberta para receber ajuda e já citava algumas de suas necessidades, e por meio da fala dela, já foi possível esboçar o PTS (Apêndice A).

A partir desse esboço e das visitas domiciliares seguintes, as metas do PTS foram estabelecidas (PTS completo no Apêndice B). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2009b). Uma vez que a equipe tenha realizado os diagnósticos, deve-se estabelecer as propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário através do membro da equipe que apresentar maior vínculo (ZEFERINO, 2013). Assim, eu assumi o desenvolvimento do PTS, considerando as metas estabelecidas a seguir:

Tabela 4 - Metas estabelecidas a partir da minha inserção em diferentes instituições e espaços sociais.

UNIDADE	AÇÃO
Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização do Preventivo; ➤ Consulta com dentista;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta com médico clínico geral; ➤ Consulta com reumatologista; ➤ Exames laboratoriais.
Centro de Atenção Psicossocial II Nova Vida (CAPS II NOVA VIDA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tornar-se usuária do serviço (necessita do carro do CAPS para busca-la); ➤ Acompanhamento com psicólogo; ➤ Acompanhamento com psiquiatra; ➤ Participação das atividades em grupo oferecidas no serviço.
Previdência Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas)
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aluguel social; ➤ Auxílio alimentação.
Âmbito Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Melhorar o relacionamento com os irmãos e com a filha mais velha; ➤ Manter relacionamento conjugal atual.
Âmbito Individual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocuidado (higiene pessoal).

Obs. Tabela elaborada pela autora.

A partir de então, as visitas começaram a acontecer com frequência, cerca de duas vezes por semana e ela me recebia muito bem na sua residência. Certo dia, sua filha mais velha, Julia, estava em casa, pois não havia ido à escola, quando eu pude conhece-la. Falei com ela, me apresentei, porém a mesma, apenas balançou a cabeça e ficou assistindo vídeo no celular, enquanto eu conversava com Maria.

Depois de conversarmos, Maria disse que precisava marcar algumas consultas na unidade de saúde do seu bairro, e também pegar um medicamento para azia. Fomos juntas até a unidade, vimos os dias de marcação de consultas para cada especialidade que ela precisava e ela também pegou o medicamento. Algumas vezes, Maria esquecia-se do nosso compromisso e saía para o centro da cidade sem deixar uma justificativa. Quando isso acontecia, geralmente eu fazia uma visita no dia seguinte.

Em consonância com a tabela 4, uma das necessidades de Maria seria a de conseguir o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas). Para isso, ela precisava de um relatório do médico psiquiatra que lhe atendeu no Ambulatório. O relatório já estava pronto, porém ela alegava não ter condições de ir buscar no serviço. Então, tomei a iniciativa de ir ao CAPS II, peguei o relatório e entreguei à usuária para que ela entrasse com o pedido do benefício.

Como explicitado na descrição de Maria, ela era analfabeta. Por conta disso, precisava de ajuda para resolver algumas coisas, como a questão do BPC-LOAS. Sua irmã estava lhe auxiliando nesse processo. Porém, houve um afastamento por parte dela. Questionei a Maria se

havia acontecido alguma coisa entre elas: *“Minha irmã é muito estressada, se estressa por qualquer coisa. Não briguei com ela. Mas, ela disse que não vai mais fazer nada pra eu conseguir o benefício”*.

Entrei em contato com a irmã de Maria para entender melhor o motivo do seu afastamento: *“Maria é totalmente difícil, difícil labutar com Maria. E a situação que eu cheguei, que eu me encontro hoje foi tudo por causa dela. Estresse, muito nervoso. Maria ficou aqui quase um mês na minha casa. Tu viu a situação que tava, não tava nem conseguindo ir no banheiro, eu fazendo tudo, mesmo com neném pequeno, eu fazendo até o que não podia, que era carregar ela. Um ano de cesáreo, você sabe que um ano de cesáreo não tá totalmente sarada né e mesmo assim eu carregando no colo, fazendo o que eu não podia. Mas, é muito mal agradecida, né. E eu voltei a fazer meu tratamento no CAPS, e as menina que tá me acompanhando me pediu que eu respirasse, porque eu tava dando murro em ponta de faca. Não tava conseguindo nem ela, nem a menina dela, Julia e nem meu irmão. E só ia me definhando, me definhando, né...”*

“Então eu acordei pra mim e disse: olha, a partir de agora tu ergue a tua cabeça, toma conta das tuas filha, toma conta da tua vida, que eu vou cuidar da minha. Porque eu to aqui oh, passei o natal camada. Pergunta se ela sabe que eu to doente? Maria só vem aqui pra me trazer poblema, só vinha aqui pra tirar a paz, só vinha aqui pra me trazer confusão né. E é difícil, difícil... E o poblema do loa também do encosto dela, consegui as documentação, consegui tudo, só que todo dia ela mandando um áudio pelo zap de uma vizinha lá que eu devolvesse, que eu mandasse. Eu sem condições de ir lá no Alto Santo Antônio. A assistência social é lá no Alto Santo Antônio pra mim ir de pé é complicado com uma criança pequena...”
(Falas da irmã de Maria)

A partir desses relatos, os quais foram escritos nos diários de campo, entendi que a situação da irmã de Maria também estava um tanto complicada e por isso, não insisti para que a mesma continuasse a ajudar Maria. Apenas falei sobre a importância de manter uma relação estável e de harmonia entre os familiares, para que não haja um afastamento maior ainda.

Passados alguns dias, Maria afirmou ter conseguido marcar a consulta com o dentista, pois ela não possui os dois dentes incisivos centrais da arcada superior. Porém, no dia da consulta ela dormiu até tarde e não compareceu, desculpando-se de que não havia dormido bem à noite. Nesse momento ela relatou que não estava fazendo uso dos seus remédios psicoativos, pois haviam acabado há certo tempo e, estavam em falta no CAPS. Além disso, não sabia onde guardou a receita que o psiquiatra prescreveu.

O tempo no qual Maria ficou sem usar medicação foi de aproximadamente quatro meses e, a mesma relatou que, durante esse período dormia bem, não ouvia mais vozes, não tinha alucinações e o seu discurso não era desconexo da realidade. Os únicos sintomas que ela se queixou foram dor de cabeça e estresse.

O desmame das medicações aconteceu de forma autônoma, mesmo sem intenção, mas nos trouxe grandes reflexões sobre a minha atuação enquanto estagiária de Psicologia, bem como para os outros profissionais envolvidos na construção do PTS, enquanto cuidadores/mediadores de um processo de adoecimento mental.

Face a esse cenário, desloquei-me até o CAPS II para dialogar com o psiquiatra acerca da questão diagnóstica da usuária, já que a mesma deixou de apresentar os sintomas registrados no prontuário do Ambulatório. Em diálogo com o médico, analisando as questões trazidas acerca da situação de Maria, pensamos sobre a necessidade de uma nova consulta para reavaliação do quadro apresentado, atualmente, por ela.

Ao longo do período em que realizei as visitas domiciliares, Maria teve três relacionamentos diferentes. No segundo namoro, ela disse que estava decidida a tentar ter um terceiro filho, pois era um sonho do companheiro. Como os sintomas patológicos apareceram após o parto da sua filha mais nova, a enfermeira da USF relatou sobre a sua preocupação em Maria tentar engravidar novamente. Porém, a vontade de realizar o sonho do marido a impulsionou a fazer o exame preventivo para saber se estava tudo bem. Mas, esse desejo passou em pouco tempo porque o rapaz terminou o relacionamento, alegando que a filha mais nova era muito chorona e atrapalhava a relação do casal, devido ao fato de querer dormir na cama com eles.

O seu último relacionamento conjugal durou menos de um mês. Ela relatou: *“Chegou na minha casa sem trazer nada pra gente comer, nem um pão. Botei ele pra correr. Quem já viu um homem não dar de comer para a família?!”* (Fala de Maria). Diante disso, foi possível deduzir que a real motivação de Maria em geralmente estar buscando um companheiro era pelo fato de receber uma ajuda para prover o alimento para ela e suas filhas.

Como já citado anteriormente, o irmão de Maria é etilista, ou seja, faz uso abusivo de álcool. Ela relatou diversas vezes, durante as visitas, que ele não dorme muito em casa, e quando vai para casa, chega bêbado e, na maioria das vezes, de madrugada. Deixa o portão aberto, oferecendo perigo a Maria e as suas filhas. Determinada vez ela contou que um dos seus vizinhos havia denunciado seu irmão, alegando que ele interrompe o sono das pessoas que moram na vizinhança porque chega sempre fazendo muito barulho, gritando e por ameaçar

bater em Maria no meio da rua e ela ainda afirma: *“Ele se envolve com pessoas ruins”* (Fala de Maria).

Por causa da denúncia realizada, o oficial de justiça compareceu na casa de Maria com o ofício para que ela prestasse esclarecimentos sobre a postura do seu irmão e disse que ele tinha um prazo de 90 dias (três meses) para sair de casa. Disse ela: *“Eu não queria falar mal dele. Até tentei não falar nada. Mas, eles me apertaram e eu tive que contar a verdade”* (Fala de Maria). Entretanto, mesmo com essa deliberação da justiça, o irmão de Maria continua morando na casa com ela.

Desde o início em que comecei a acompanhá-la, uma das queixas principais de Maria com relação à sua filha mais velha, Julia, é que ela era muito conflituosa. Ela sempre expressou a vontade de que a relação mãe-filha melhorasse, já que são suas companhias. Em uma visita, Maria não estava em casa. Julia me recebeu e disse que sua mãe havia saído, mas que não ia demorar e me convidou para entrar e esperar Maria chegar.

Enxerguei esse momento como uma oportunidade de tentar conversar com Julia, por isso aceitei o convite. Perguntei sobre sua escola, qual série ela estava, o que ela gostava de fazer, qual matéria ela mais se identificava, e aos poucos fui chegando até o assunto do relacionamento com sua mãe Maria. Ela disse: *“Minha mãe tem um jeito muito difícil. Muito estressada. Mas, eu tento me dar bem com ela, só que às vezes é difícil”* Dialoguei com ela sobre a importância de tentar manter um contato, uma conversa, sobre o momento da adolescência que ela estava passando e que Maria, enquanto mãe, poderia lhe ajudar. Além disso, da ajuda que ela pode oferecer a sua mãe quando ela não estiver se sentindo muito bem.

Após um mês desse episódio, comecei a enxergar um cenário um pouco diferente no relacionamento de Maria e Julia. Pela primeira vez, fui fazer a VD e encontrei todos em casa – Maria, sua filha mais nova, seu irmão e Julia. Seu irmão estava alcoolizado e dormindo; sua filha mais nova estava brincando no chão da sala com sua boneca; Maria estava sentada junto comigo no sofá; e Julia sentou no braço do sofá, conversou espontaneamente conosco, penteou o cabelo da mãe e estava com bom humor.

Nesse mesmo dia, Maria me relatou ter passado mal no final de semana anterior e disse: *“Se não fosse Julia, acho que eu tinha morrido. Eu tava com muita dor no estômago, com diarreia e vomitando. Não conseguia nem levantar. Mas, Julia me ajudou e me levou pro Regional. Me deram remédio na veia. Mas, o que me salvou foi o soro. Só melhorei depois do soro”*. *Se fosse em outros tempos, eu tinha morrido sozinha, porque Julia nem tinha me levado no hospital”* (Fala de Maria). Esse depoimento retrata um avanço no relacionamento interpessoal entre mãe e filha, após minha intervenção.

Sobre Julia, investiguei com todos os profissionais possíveis para saber se realmente foi constatado e comprovado o abuso sexual que ela relatou no seu atendimento ambulatorial. Assim, em conversa com a enfermeira e a auxiliar administrativa da USF Amparo, com a ACS da sua área e com uma integrante do Conselho Tutelar, foi possível atestar que o abuso aconteceu. Foi cometido pelo ex-marido de Maria, o pai da sua filha mais nova. O indivíduo foi denunciado e preso, mas já se encontrava em liberdade há algum tempo.

Diante dessa situação, a alternativa que encontramos foi o encaminhamento para uma psicoterapia, na qual fosse tratado o possível trauma causado por conta do episódio de abuso ou de qualquer demanda trazida por Julia.

À guisa de conclusão, pode-se afirmar que ao realizar o PTS a usuária envolvida vivenciou a experiência da autonomia em saúde, permitindo que ela e sua família se beneficiassem do conhecimento obtido nos vários momentos de contato nas visitas. A realização do projeto terapêutico possibilitou, ainda, esclarecimentos sobre o transtorno mental, sobre a qualidade do serviço oferecido, apontando resultados acerca do acompanhamento recebido por parte da usuária e de seus familiares.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse relatório das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio supervisionado delinea aspectos relevantes do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que se consagra como uma relevante estratégia de reorganização do cuidado em saúde mental. O grande desafio está em intervir na forma de organização da assistência por toda a equipe, possibilitando ofertar ao usuário um momento de escuta e orientação terapêutica, de acordo com suas próprias demandas, muitas vezes não observadas numa consulta de rotina.

Observei que, por meio da visita domiciliar em Psicologia, foi possível identificar as necessidades de saúde da usuária do serviço pertencente à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Desse modo, percebi que a mesma se envolveu na criação de vínculos e mudanças nos hábitos de vida que contribuíram para o bem-estar, autonomia, qualidade de vida parcial e melhora da saúde.

Tais resultados sinalizaram a qualidade do cuidado prestado pelas intervenções domiciliares em Psicologia. Tiveram como principais limitações do estudo, o tempo de acompanhamento da usuária participante da intervenção, alvo desse estágio, pois o período de julho de 2018 a fevereiro de 2019 não foi suficiente para alcançar todas as metas estabelecidas no PTS.

Deste modo, espero que este contributo possa subsidiar novas investigações e propiciar outras contribuições significativas para o nicho da Saúde Mental, pois observei que ainda são incipientes as práticas dos técnicos, principalmente do CAPS II. Por estar vinculado a um cenário real brasileiro, do Recôncavo Baiano, em que existem limitações de acesso, esse estudo também reforça a importância de iniciativas de cuidado e intervenções de cunho integral e humanístico, enaltecendo o domicílio como ponto de atenção e integração academia-serviço como possibilidade de favorecer acesso, integralidade e coordenação do cuidado.

Com a intenção de finalizar, sublinho a importância da leitura desse trabalho científico por outros acadêmicos, no sentido de realizarem pesquisas que tenham como objetivo compreender as dificuldades e entraves políticos e sociais em oposição ao retrocesso que a nota supracitada representa. Além disso, esse trabalho pode contribuir com alguns subsídios para a qualificação das ações dos trabalhadores de saúde mental, principalmente no que diz respeito à utilização do PTS, enquanto uma ferramenta para a produção de cuidado nos serviços de atenção psicossocial.

7. REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000400014>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 de fevereiro de 2019

AMARANTE, P; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 04 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, 09 abril. 2001. Seção 02. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília, v. 34, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>. Acesso em 1 de dezembro 2018.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Datasus. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=SANTO%20ANTONIO%20DE%20JESUS>. Acesso em dezembro de 2018.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/santo-antonio-de-jesus/panorama>. Acesso em dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 04 de fevereiro de 2019. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** - Brasília: CFP, 2013

Conselho Federal de Psicologia (CFP). Disponível em <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em 10 de fevereiro de 2019.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças – CID 10**. Disponível em http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm. Acesso em 02 de dezembro de 2018.

DINIZ, A. M. **Projeto Terapêutico Singular de usuários da atenção básica e psicossocial: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados**. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

FALKEMBACH, E. M. F. **Diário de Campo**: um instrumento de reflexão. Contexto e Educação. Universidade de Ijuí. ano 2. nº 7, julho /set 1987. p. 19-24.

LEWGOY, A. M. B; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experimentação do diário digital. In: **Revista Texto & Contextos**. EDIPUCRS. Porto Alegre: 2004.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T., SANTOS, A. F., CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., MERHY, E.E. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.10-11.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, p. 15-35.

PEREIRA, Sandra Souza et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 jan. 2019.

ZEFERINO, M.T.; SANTOS, S. M. A.; RODRIGUES, J. et al. **Projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

8. APÊNDICES

8.1. APÊNDICE A: ESBOÇO DO PTS



Obs. Fluxograma elaborado pela autora.

8.2. APÊNDICE B: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

a) PROFISSIONAIS E SERVIÇOS DE REFERENCIA IMPLICADOS NO PTS

PROFISSIONAL	SERVIÇO DE REFERÊNCIA
Estagiária de Psicologia	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
Agente Comunitária de Saúde (ACS)	Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)
Enfermeira	Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)
Dentista	Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)
Médico Clínico Geral	Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)
Psiquiatra	Centro de Atenção Psicossocial II Nova Vida (CAPS II NOVA VIDA)

b) METAS ESTABELECIDAS NO PTS

METAS	
Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preventivo; ➤ Consulta com dentista; ➤ Consulta com médico clínico geral; ➤ Consulta com reumatologista; ➤ Exames laboratoriais.
Centro de Atenção Psicossocial II Nova Vida (CAPS II NOVA VIDA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tornar-se usuária do serviço (necessita do carro do CAPS para busca-la); ➤ Acompanhamento com psicólogo; ➤ Acompanhamento com psiquiatra; ➤ Participação das atividades em grupo oferecidas no serviço.
Previdência Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas)
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aluguel social; ➤ Auxílio alimentação.
Âmbito Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Melhorar o relacionamento com os irmãos e com a filha mais velha; ➤ Manter relacionamento atual.
Âmbito Individual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocuidado (higiene pessoal).

c) RECURSOS A SEREM UTILIZADOS

RECURSOS
Psicoterapia;
Grupos terapêuticos;
Implantes dentários;
Acesso à medicação;
Realização de exames laboratoriais;
Assistência social.

d) METODOLOGIA

METODOLOGIA
Visitas domiciliares semanais;
Articulação entre as redes de Atenção Primária e Especializada;
Trabalho em equipe multiprofissional;
Construção conjunta do PTS (profissionais e usuário);
Revisão do PTS durante todo o período do estágio na tentativa de cumprir todas as metas estabelecidas.

8.3. APÊNDICE C: REAVALIAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

a) PROFISSIONAIS E SERVIÇOS IMPLICADOS NO PTS

PROFISSIONAL	SERVIÇO DE REFERÊNCIA
Estagiária de Psicologia	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
Agente Comunitária de Saúde (ACS)	Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)
Enfermeira	Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)
Dentista	Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)
Médico Clínico Geral	Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)
Psiquiatra	Centro de Atenção Psicossocial II Nova Vida (CAPS II NOVA VIDA)
Assistente Social	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Psicóloga	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

b) METAS ESTABELECIDAS NO PTS

METAS	
Unidade de Saúde da Família do Amparo (USF AMPARO)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preventivo; ➤ Consulta com dentista; ➤ Exames Laboratoriais; ➤ Consulta com médico clínico geral; ➤ Acompanhamento com psicóloga do NASF; ➤ Acompanhamento da família pela Assistente Social do NASF.
Centro de Atenção Psicossocial II Nova Vida (CAPS II NOVA VIDA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tornar-se usuária do serviço (necessita do carro do CAPS para buscá-la); ➤ Participação das atividades em grupo oferecidas no serviço; ➤ Acompanhamento com psiquiatra.
Previdência Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas)
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Auxílio alimentação.
Âmbito Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Melhorar o relacionamento com os irmãos e com a filha mais velha;
Âmbito Individual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autocuidado (higiene pessoal).

c) RECURSOS A SEREM UTILIZADOS

RECURSOS
Psicoterapia;
Grupos terapêuticos;
Implantes dentários;
Acesso à medicação;
Realização de exames laboratoriais;
Assistência social.

d) METODOLOGIA

METODOLOGIA
Visitas domiciliares semanais;
Realização de oficina sobre Autocuidado;
Articulação entre as redes de Atenção Primária e Especializada;
Trabalho em equipe multiprofissional;
Construção conjunta do PTS (profissionais e usuário);
Revisão do PTS durante todo o período do estágio na tentativa de cumprir todas as metas estabelecidas.