

# PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: Vivenciando Uma Experiência de Implementação<sup>1</sup>

**Jordana Linass<sup>2</sup>**  
**Dioze Strassburger<sup>3</sup>**  
**Marcele Sartori<sup>4</sup>**  
**Melissa Vione Zardin<sup>5</sup>**  
**Liane Beatriz Righi<sup>6</sup>**

## RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia que vem sendo implantada e está mudando a forma de trabalhar de muitas equipes de saúde. Nesta pesquisa buscou-se analisar os efeitos da utilização do PTS no processo de trabalho das equipes de referência (ESF – Estratégia de Saúde da Família) e de apoio (CAPS – Centro de Atenção Psicossocial) e na relação entre elas. A pesquisa possibilitou uma discussão sobre pesquisa-intervenção, na medida em que as próprias pesquisadoras foram sujeitos da pesquisa e que a análise de suas percepções e dificuldades integraram os resultados. Trabalhar com a proposta do PTS, nas equipes de referência e apoio, significa experimentar uma nova estratégia de atuação para a criação da rede de atenção à saúde, ousando pensar um novo modo de promover e produzir saúde.

**Palavras-chave:** Projeto Terapêutico Singular; Equipe de Referência; Apoio; Rede de Atenção.

## SINGULAR THERAPEUTICS PROJECT: Living an Implementation Experience

### ABSTRACT

The Singular Therapeutics Project (PTS) is a strategy that was implanted at some time ago, and it has changed the manner of work of many health teams. After that, this research analyses the effects of utilization of PTS in work process about reference teams (ESF – Family Health Strategy) and support (CAPS – Psychosocial Attention Center) and the relation between them. The research opens a discussion about what is called research – intervention, and the own researches were subjects of this research and the analysis of their perception and difficulties completed the results. Working with a PTS proposal, from support and reference teams mean to experiment a new performance strategy to creation of attention net to health, risking to think a new manner of promote and produce health.

**Key Words:** Singular Therapeutics Project; Reference Team; Support; Attention Net.

<sup>1</sup> O texto é resultado de Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, UNIJUÍ. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIJUÍ. Parecer Consubstanciado n°. 202/2008.

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Pejuçara/RS. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. jordanalinassi@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Prefeitura Municipal de Panambi/RS. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Rua Paissandú n°49, Vila Nova – Panambi/RS, CEP 98280-000 tel: (55) 3375 0828. dioze.s@terra.com.br

<sup>4</sup> Prefeitura Municipal de Panambi/RS. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). ms.sartori@ibest.com.br

<sup>5</sup> Prefeitura Municipal de Panambi/RS. Secretaria Municipal da Saúde. melissa-zardin@hotmail.com

<sup>6</sup> Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Norte RS. Campus Palmeira das Missões. lianerighi@gmail.com

## APRESENTAÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular é uma estratégia que vem sendo implantada e está conduzindo a forma de trabalhar de muitas equipes. Torna-se imprescindível conhecer esta proposta, a fim de discuti-la e a partir disso verificar sua viabilidade para implementá-la nos locais de trabalho, seja rede básica de saúde ou serviços especializados.

O tema foi escolhido por suscitar maior interesse e gerar discussões em um grupo de trabalhadoras que decidiram fazer juntas um curso de pós-graduação e que viram sentido nos conceitos de Projeto Terapêutico Singular, Equipe de Referência e de Apoio Matricial. Por isso, o trabalho tem marcas de uma trajetória coletiva de trabalho na saúde, conectada a diálogos sobre as teorias e potencializado pela discussão com os próprios autores/professores do curso, especialmente Gastão Campos e Gustavo Cunha.

A estratégia do PTS é inovadora na medida em que busca ampliar o trabalho já existente, aprimorando estratégias para produzir saúde, gerando melhora na relação entre a tríade: trabalhadores, usuários e gestão. Desta maneira, consegue-se potencializar a intervenção dos trabalhadores de saúde, pois para a construção do PTS

(...) todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito doente e sua relação com a doença, para definição de propostas de ações.

O nome Projeto Terapêutico Singular (PTS) em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, parece-nos melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação. (Carvalho e Cunha, 2006, p. 847-848)

O Projeto Terapêutico Singular possibilita refletir sobre cada caso, um a um. Permite pensar que não há algo que pode ser usado por todos, no mesmo momento, da mesma forma e que terá o mesmo resultado. É a busca pela criação de um espaço comum, de proximidade, de troca entre os diferentes saberes envolvidos no processo, buscando resoluções com e não para o outro.

Conforme os autores citados acima existem cinco momentos importantes que determinam o PTS. O primeiro momento é diagnosticar, ou seja, realizar uma avaliação biopsicossocial, com o intuito de definir o momento e a situação vivenciada pelo sujeito. Logo após é preciso traçar metas, definindo juntamente com o usuário o tempo necessário para que essas sejam cumpridas. O terceiro momento corresponde à divisão de responsabilidades entre os profissionais, onde o coordenador será aquele que tiver melhor vínculo com o usuário. Posteriormente é necessário negociar propostas, considerando as diferenças e peculiaridades do sujeito. Num último momento, deve-se fazer uma reavaliação refletindo sobre o andamento do trabalho, evoluções e novas propostas

A pesquisa trabalhou com os conceitos de Equipe de Referência e de Apoio Matricial, conforme propostos por Campos e Domiti (2007), onde equipe de referência é aquela que, a partir de um trabalho interdisciplinar, realiza as intervenções e conduz o processo terapêutico. Já o Apoio Matricial aquele que, com um conhecimento especializado, fornece os fundamentos para tais intervenções.

Trabalhar com a proposta do PTS, a partir das equipes de referência e apoio, significa acreditar que é possível ampliar os espaços de atenção e promover mudanças na forma de trabalho da equipe de saúde.

O objetivo central deste trabalho é verificar a viabilidade do PTS para implementá-lo nos locais de trabalho, tanto na rede básica de saúde como em serviços especializados.

## METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa iniciou-se pela escolha de um caso para análise e estudo, o qual foi definido em comum acordo pela equipe de referência (ESF) e a de apoio (CAPS). O principal critério de inclusão utilizado foi a gravidade desse e a dificuldade de intervenção para ambas as equipes. Cabe ressaltar neste momento que a escolha das equipes não foi aleatória, eram as equipes de trabalho das pesquisadoras e que, portanto, contavam com certa afinidade.

A condução da pesquisa foi orientada pela metodologia do Estudo de Caso. Desta forma, utilizaram-se documentos disponíveis nos serviços, entrevistas abertas, registros de entrevistas clínicas com o sujeito usuário e entrevistas com os trabalhadores. Conforme a necessidade das equipes foram realizados encontros, utilizando-se sempre de um diário de campo para relatar fielmente todos os procedimentos e situações vivenciadas durante a execução do PTS. Após todas as intervenções consideradas relevantes pelas equipes, realizou-se um grupo focal com todos os envolvidos no processo. Este grupo teve como objeto de discussão a análise dos efeitos do PTS sobre os processos de trabalho.

A pesquisa obedeceu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde e seu projeto foi inscrito no SISNEP (FR – 216838). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeitou todos os aspectos recomendados: explicitação dos objetivos da pesquisa, identificação dos pesquisadores e garantia de sigilo e anonimato do sujeito da pesquisa. Este foi assinado pelo usuário e por seu familiar responsável, pois se trata de um indivíduo em sofrimento psíquico (Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIJUÍ Nº. 202/2008). Aos sujeitos trabalhadores foi garantido o acesso ao projeto e a proposta de intervenção, acompanhamento e sistematização através de reuniões preparatórias.

O processo de escolha do caso para implementação do PTS levou dois meses. Após esta primeira etapa, foram mais quatro meses e duas semanas vivenciando essa experiência.

O trabalho ainda incluiu a participação e as atribuições de uma pesquisadora que não integrou nenhuma das equipes, a qual foi tema de discussão e de pactuações entre os participantes. A pesquisadora que não integrou as equipes de saúde participou do último encontro. Aproveitando o potencial de seu lugar “fora da equipe” teve maior responsabilidade pelo registro e teve maiores condições de levantar questões naturalizadas pelos outros sujeitos. Assim, os sujeitos da pesquisa foram: a) o sujeito

usuário; b) os sujeitos trabalhadores das equipes de referência e apoio; c) os sujeitos pesquisadores trabalhadores; d) o sujeito pesquisador que não integrou a equipe.

A pesquisa possibilitou uma discussão acerca do que se denomina pesquisa-intervenção, pois os próprios pesquisadores (trabalhadores da equipe de referência e da equipe de apoio) eram também sujeitos da pesquisa. A análise de suas percepções e dificuldades geraram efeitos de mudanças em seus processos de trabalho, exigindo novas pactuações que se refletiam na pesquisa e no trabalho. Este processo exigiu um investimento maior no registro dos processos e na análise das conexões entre a produção de conhecimento e a mudança do cotidiano.

No trabalho foram utilizadas as seguintes estratégias de pesquisa: diário de campo coletivo, grupo focal e histórico de todas as intervenções realizadas com o sujeito usuário.

## DIÁRIO DE CAMPO COLETIVO

Desde a escolha do caso até o encontro entre as equipes para realização do grupo focal, tudo foi detalhadamente registrado. O registro de tudo o que foi experienciado no desenvolvimento do PTS ocorreu em um Diário de Campo Coletivo. Essa foi uma experiência desafiadora e muito interessante, pois se acordou com os profissionais das equipes que cada um relataria todo e qualquer fato ou intervenção referente ao caso. Este material foi reunido e organizado em ordem cronológica e, ao final do período estabelecido para análise do PTS, tornou-se um diário. Esse diário carregou a marca de ser construído por muitas mãos, por isso foi chamado de Diário de Campo Coletivo.

A proposta do Diário de Campo Coletivo foi profundamente importante, pois além de ser um instrumento compartilhado e elaborado por duas equipes (de referência e de apoio), permitiu que cada trabalhador registrasse suas próprias impressões e opiniões referentes à construção do PTS.

## GRUPO FOCAL

As reuniões de equipe foram indispensáveis para discussões e pactuação de ações. Primeiramente as reuniões ocorreram reunindo apenas os profissionais da equipe de referência (orientados pela pesquisadora integrante dessa equipe), separadamente da equipe de apoio. Posteriormente, realizaram-se mais três encontros, esses com ambas as equipes.

O último encontro foi denominado grupo focal. Esta opção seguiu definição proposta por Minayo (2007, p.269) para quem “o grupo focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos”. Foi o momento de avaliação e síntese para a pesquisa e para o trabalho da equipe, o espaço mestiço de pesquisa-intervenção de um grupo que, ao mesmo tempo, foi informante da pesquisa e sujeito da intervenção. Esta estratégia (metodologia de pesquisa) criou as condições para instituição do espaço de análise e avaliação de intervenções e, desta forma, instituiu novo método de gestão no trabalho da equipe.

## RESULTADOS

Para a elaboração do PTS deve-se inicialmente, segundo Carvalho e Cunha (2006), escolher os casos de maior dificuldade e gravidade, aqueles que já foram submetidos a várias abordagens e não tiveram o prognóstico esperado.

Seguindo esta orientação, os critérios para a escolha do caso foram a situação de vulnerabilidade e a apresentação de sintomas referentes a um sofrimento psíquico, sendo esse o elo entre o trabalho das duas equipes. Tal proposta parecia ser desafiante e era uma situação nova e desconhecida tanto para a equipe de referência (ESF – Estratégia de Saúde da Família) quanto para a equipe de apoio (CAPS – Centro de Atenção Psicossocial).

A situação foi averiguada inicialmente pela ACS (Agente Comunitária de Saúde), através de uma visita domiciliar, momento em que se realizou o primeiro contato com a usuária. A ACS, percorrendo a

sua nova micro-área (após um recente remapeamento territorial), sentiu-se instigada a averiguar o que se passava naquela casa que permanecia sempre fechada (portas e janelas cerradas), embora, segundo informações dos vizinhos, tivesse alguém em casa. Diante daquela realidade a ACS logo constatou que precisava buscar alternativas, pois a usuária vivia em condições de vulnerabilidade e requeria ajuda imediata.

A ACS trouxe até a equipe de referência sua preocupação com a usuária que se mantinha reclusa em casa há anos, tendo apenas saído para o velório de seu filho que havia sido assassinado há aproximadamente seis meses. Constatou-se que essa permanecia parada no tempo, sem ação, reação, isolada de tudo e de todos, apenas conectada ao mundo através da televisão, a qual parecia ser sua companheira inseparável, um refúgio para o seu sofrimento. Possuía um comportamento estranho, desconfiado, isolada do contato social, com aparência envelhecida, demonstrando idade superior a seus 44 anos. Relatava acontecimentos que ocorreram há muito tempo, como se fossem recentes. Mantinha-se em casa desde seu casamento há 25 anos. Quanto a sua família, essa parecia omissa e a usuária matinha-se distante dela. Seu sofrimento havia se naturalizado no ambiente em que se encontrava.

Frente a este caso percebeu-se a pertinência de trabalhar com a estratégia do PTS. Tendo em vista o vínculo já construído entre a ACS e a usuária, definiu-se em reunião entre trabalhadores das duas equipes, que essa profissional seria a coordenadora do projeto. Esta decisão baseou-se na discussão do conceito de vínculo presente na obra de Gastão Campos.

A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro. (Campos, 2003, p. 68-69).

Tão logo os profissionais aprofundaram o conhecimento sobre o caso, perceberam as necessidades de tratamento para a usuária. Para realizar algumas intervenções utilizou-se a estratégia do apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação da rede, onde para alcançar um objetivo comum e compartilhado, os coletivos se organizam e se unem. (Campos, 2000). Buscou-se enfrentar as diversidades, quebrar as rotinas e protocolos das equipes. Procurou-se enfrentar as adversidades e fazer com que os trabalhadores não se imobilizassem frente a uma situação como essa, onde a usuária encontrava-se reclusa, impedida de viver devido as suas dificuldades de enfrentamento de sua realidade.

## INTERVENÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS NA IMPLEMENTAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO PTS

Durante a realização da pesquisa foram realizadas várias intervenções e ações, como: visitas domiciliares, atendimentos clínicos e reuniões de equipe.

As visitas domiciliares foram efetuadas em diferentes momentos somente pelos profissionais da equipe de referência (ESF). Tais intervenções foram importantes para conhecer a realidade da usuária e iniciar a construção do vínculo terapêutico.

A equipe do serviço especializado (CAPS) inicialmente prestou apoio matricial, auxiliando a equipe de referência a conduzir o caso frente às necessidades da usuária referente a seu sofrimento psíquico. Realizaram-se intervenções conjuntas, co-produzindo um espaço de discussão e orientação frente à condução do caso com a equipe de referência, para posteriormente intervir diretamente com a usuária, quando essa foi atendida no CAPS. Isto proporciona,

[...] aprender fazendo e produzir aprendendo, modificando seu próprio modo de estar no mundo e no trabalho [...] condicionada a construção coletiva de intervenções em saúde, co-produzidas entre trabalhadores, gestores e usuários em função de necessidades (Oliveira, 2008, p. 274-275).

A equipe de referência fez diversas tentativas de envolver seus familiares nesse processo, mas não teve êxito. Os familiares pareciam não se dar conta do processo de adoecimento da usuária assim como ela mesma. A situação parecia estar cômoda e o sofrimento completamente naturalizado.

Posteriormente a usuária foi encaminhada ao CAPS, pois as necessidades da equipe de referência iam além do apoio matricial desta equipe. Precisava de uma ação conjunta, com intervenção direta dos profissionais da equipe de apoio junto à usuária. Essa chegou ao CAPS acompanhada da ACS, por seu vínculo com essa profissional e também devido ao fato da família não se implicar no tratamento.

Os atendimentos clínicos foram realizados pelos profissionais da equipe de referência e de apoio. Os atendimentos odontológicos realizados pelo profissional da equipe de referência (havia pactuado junto com outros trabalhadores a ação de experimentar a implementação do PTS) objetivaram efetuar as extrações dentárias para após incluir uma prótese. Os atendimentos médicos ocorreram na ESF e nos serviços especializados (no CAPS e em outro serviço com o oftalmologista).

## QUESTÕES QUE EMERGIRAM DA ANÁLISE FEITA PELOS TRABALHADORES

O último encontro entre a equipe de referência e de apoio matricial (o grupo focal) foi imprescindível para análise e discussão dos efeitos do PTS sobre os processos de trabalho. Esse possibilitou aos trabalhadores analisar as conquistas, as frustrações, as dificuldades, os avanços e para elaborar futuras ações. Foi coordenado pela pesquisadora que não compôs nenhuma das equipes de saúde.

A partir disso, destaca-se as seguintes categorias: a) a complexidade e a tradição do trabalho de intervenção focalizada; b) as distâncias entre os tempos e a expectativa e pressa dos trabalhadores; c) as dificuldades administrativas e d) a mudança e a transição como efeitos do PTS.

## *A complexidade do caso e os limites da intervenção focalizada*

Num primeiro momento da discussão os profissionais manifestaram certa insatisfação, pois acreditaram que poderiam ter obtido melhores resultados. Entretanto, à medida que o grupo foi conversando foram percebendo que muitos outros fatores precisariam ser considerados.

Os profissionais das duas equipes constataram que havia por parte da usuária uma significativa limitação para estabelecer contato social, uma vez que já há muito tempo encontrava-se distante do convívio social, manifestando agora uma atitude de insegurança para com as pessoas, inclusive para com os profissionais.

O cirurgião dentista, um dos profissionais que mais teve contato com a usuária, relatou que essa se submeteu às intervenções de forma passiva, sem iniciativa para manifestar suas vontades. No decorrer dos atendimentos demonstrou estar um pouco mais à vontade, mas ainda apresentando muitas limitações.

Nos quatro meses e meio de implementação do PTS não foi possível efetuar uma finalização das intervenções odontológicas, pois embora a primeira etapa do trabalho tivesse sido realizada a etapa final não ocorreu, pois a usuária não compareceu. Esta segunda etapa não oconteceria na ESF, mas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município.

A partir deste relato inicial do cirurgião dentista, os profissionais de ambas as equipes constataram que as dificuldades apresentaram-se principalmente quando a usuária teve que se dirigir a outros serviços para tratamento. Ela não conseguiu dar continuidade ao tratamento no CEO, aos atendimentos no CAPS e ao tratamento com o oftalmologista (não realizou os exames laboratoriais solicitados para posterior troca dos óculos).

Assim pode-se observar que a novidade na abordagem terapêutica deste caso surgiu de um lugar que a priori não se esperava, na intervenção do odontólogo da ESF. O fato das equipes não te-

rem centralizado as ações no diagnóstico possibilitou que a necessidade da usuária não fosse naturalizada. Surgiu desta forma um interessante e produtivo tensionamento de desvio, pois o que emergiu como prioridade no tratamento do sofrimento psíquico foi tratar os dentes. A usuária mostrou outro caminho que se construiu pela via da saúde bucal e não diretamente pela saúde mental como pensavam as equipes. Realizar as intervenções dentárias, foi que fez sentido para a usuária e o que ela, dentro das suas limitações, quis e conseguiu fazer.

Outro fator destacado pelos profissionais como de grande relevância foi a falta de apoio familiar. Trata-se de uma família que há muito tempo convive com uma realidade onde se faz presente o alcoolismo (marido/pai), o déficit de aprendizagem (filho) e a violência que brutalmente “roubou” a vida de um de seus membros (filho). Por fim, muito sofrimento que por ter sido tanto negado tomou as proporções extremamente intensificadas. Os profissionais constataram que a ação das equipes frente à família foi muito limitada, houve dificuldade em considerar o contexto social que a usuária estava envolvida. Ocorreu um excesso de preocupação com sua saúde individual sem considerar sua realidade de apoio dentro de seu território. Este aspecto se aproxima ao encontrado na bibliografia:

É importante ressaltar que quando se “focaliza” um indivíduo no PTS, não se deve fazer disto um “recorte” que descontextualize o sujeito de sua realidade. Não há sentido em discutir o caso de um indivíduo em situação de sofrimento sem considerá-lo inserido em um contexto social, familiar, em um certo território. (Oliveira, 2008, p.100).

Conforme o mesmo autor devem-se considerar as pessoas que habitam determinado território, para construir as ações de saúde com seus grupos, olhar para os sujeitos e suas singularidades. É preciso considerar todas as questões que atravessam sua vida social, cultural e econômica, avaliar suas potencialidades e limitações, para uma maior eficácia e resolutividade nas ações coletivas da vida cotidiana.

## *O PTS entre o tempo/poder técnico-administrativo e o tempo do sujeito*

Os profissionais afirmaram que enquanto trabalhadores vivenciaram muitas dificuldades para construção do PTS. Embora sabedores que, independente do mês ou período do ano, os serviços de saúde devem estar preparados para desenvolverem seu trabalho, percebeu-se que os dois últimos meses de construção do PTS sofreram interferência, pois foi concomitante ao período de férias dos trabalhadores. Os trabalhadores relataram acumularem funções e por isso não conseguirem dedicar-se como deveriam ao atendimento aos usuários.

Outra dificuldade relatada, principalmente pela equipe da ESF, refere-se a desestrutura causada nas equipes quando ocorrem mudanças constantes de profissionais. Essa foi uma situação vivenciada intensamente: duas vezes o profissional médico da equipe de referência foi substituído. Isso fez com que o trabalho da equipe precisasse ser retomado a cada substituição de profissional.

A partir deste aspecto que foi apresentado como dificuldade foi também possível refletir sobre o quanto os médicos envolvidos no processo de construção do PTS desenvolveram um trabalho somente de apoio. Houve um deslocamento, pois o eixo central da abordagem, pois a referência para a usuária foi realmente a ACS, a enfermeira e o cirurgião dentista.

Também foi expressa outra dificuldade: a falta de veículo tanto para equipe de referência quanto equipe de apoio para realizarem visitas domiciliares. Isso trouxe complicações para as equipes, já que impossibilitou muitas intervenções, fossem elas diretamente com a usuária ou também com sua família.

A falta de telefone no serviço de saúde (realidade da equipe de referência) foi outra dificuldade manifestada pelos trabalhadores. Segundo eles, a ausência de meios para estabelecimento de contato entre os profissionais de diferentes serviços pode ocasionar entraves significativos no trabalho.

Ainda outra dificuldade que ficou destacada refere-se ao fato de que, por se tratar de um desafio proposto e pactuado entre as equipes, essas tinham uma expectativa muito grande para vivenciar esta

nova proposta de trabalho. Os profissionais entraram em consonância com a concepção de que houve “pressa” das equipes para desenvolvimento e evolução do processo terapêutico. Os profissionais constataram que isso pode ter gerado empecilhos, pois talvez não tenha sido considerado suficientemente o tempo da usuária.

Muitas foram as intervenções propostas e realizadas na vida da usuária, as quais a primeira vista pelos profissionais pareceram poucas e adequadas, mas para quem há mais de duas décadas enclausurou-se em casa, foi muito. A usuária precisava que as intervenções ocorressem a seu tempo, respeitando as suas limitações, para que pudesse adquirir confiança nas equipes e engajar-se no tratamento. Esperar que a usuária, sozinha tomasse, por exemplo, ônibus e fosse para os atendimentos, isso sim era esperar demais, concluíram os trabalhadores.

A equipe do serviço de saúde mental refletindo especificadamente sobre suas ações referiu que desde o princípio ficou claro que o CAPS era mesmo uma equipe de apoio, já que a usuária estava buscando tratamento não só para sua saúde mental, mas sim para sua saúde de forma integral: bucal, visual, mental,... Tal equipe salientou que foi difícil trabalhar como equipe de apoio, entretanto, apesar das dificuldades os progressos foram maiores. Os melhores resultados foram obtidos quando foram realizadas intervenções com a equipe de referência (orientações e debates com essa equipe, de forma mais enfática e direta com a ACS e Enfermeira) do que diretamente com a usuária.

Verificou-se o quanto é importante perceber as demandas, as limitações e necessidades dos usuários, estar disposto e aprender a escutá-las, mesmo sabendo que muitas não serão resolvidas, contudo, foram acolhidas. É nesse contexto que se enfatiza a importância do acolhimento para a construção do PTS. (Campos, 2003).

## *A mudança e a transição como efeitos do PTS*

Acredita-se que esta transição é lenta, pois a clínica tradicional (atuação reducionista) está enraizada (com vícios e mazelas) no modo de fazer saúde

no Brasil, o qual é, por diversas vezes, muito mais doentio do que saudável. A mudança de atitude necessária para a superação desta clínica degradada não se restringe somente à atuação dos profissionais que estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), mas também deve ser uma mudança buscada e experienciada nas instituições acadêmicas, formadoras de futuros profissionais da saúde.

Não havendo esta transição, continua-se a trabalhar no modelo antigo, centrado na atuação “queixa-conduta” e as conseqüências dessa redução são: medicalização excessiva, altos custos, baixa autonomia dos usuários, redução da capacidade de atuação dos profissionais dos serviços de saúde e dificuldade de vinculação com outros serviços. (Cunha, 2005).

Contudo, entrelaçado às dificuldades enfrentadas e relatadas pelos profissionais muitos fatores foram destacados como importantes e que a partir da construção do PTS são possíveis. A utilização da estratégia do PTS possibilita que a equipe como um todo saiba sobre o caso em questão (sua realidade familiar e social), o que facilita o atendimento e o diálogo entre os profissionais da(s) equipe(s), contribuindo assim para uma intervenção mais resolutiva.

Também se observou que a construção do PTS possibilita algo imprescindível num processo terapêutico que é o estabelecimento de vínculo, principalmente com a equipe de referência. No caso pesquisado foi muito mais difícil para a usuária ir, por exemplo, até o CAPS do que até a ESF. Na ESF existia um laço de confiança (inclusive o primeiro vínculo foi com a ACS), portanto, ali ela se sentia mais segura.

Ainda refletiu-se sobre o fato de que, embora os profissionais da equipe de referência e apoio realizem discussões (cada um dentro da sua própria equipe) com a implementação do PTS as possibilidades se ampliam. São incluídos na discussão profissionais de diferentes serviços, possibilitando que cada serviço de saúde não trabalhe só com os seus recursos internos, mas interaja com outros e juntos construam novas estratégias e possibilidades. Partindo da experiência aqui relatada pode-se afirmar que foram três momentos: – 1º) início do tratamento

(várias ações foram desenvolvidas: atendimentos, visitas domiciliares, reuniões de equipe); 2º) pausa no tratamento (como já descrito, diversos fatores podem ter interferido: falta de apoio familiar, troca de trabalhadores da equipe de referência, período de férias dos profissionais e, talvez, principalmente, pelo próprio “tempo” da usuária); 3º) retomada do tratamento para desenvolver as ações já iniciadas.

Como é possível perceber, os dois primeiros momentos já foram vivenciados, entretanto este terceiro é um desafio para as equipes e seus profissionais, pois significa dar continuidade à construção do PTS. As ações a serem realizadas, observando de maneira mais atenta o tempo da usuária, são: encaminhar a usuária ao Centro de Especialidades Odontológicas para inclusão da prótese dentária; orientar e incentivar a usuária para realizar os exames para troca dos óculos; realizar um trabalho mais direto com a família para que essa possa participar do tratamento, buscando a reintegração da usuária e de sua família no convívio social; e ainda, enfatizar a necessidade de estabelecimento de vínculo entre as diferentes unidades de saúde, pois assim a rede de saúde poderia realmente funcionar, e casos como este, poderiam ter maior resolutividade.

Estruturar a rede de saúde significa ir além dos protocolos, os quais muitas vezes burocratizam em excesso os serviços. Para isso é necessário fazer uma clínica ampliada que reconheça as diferenças e garanta uma formação de compromisso, a qual deverá agregar o conhecimento técnico dos trabalhadores e o contexto do sujeito em questão.

Nesse sentido, para o funcionamento da rede entre os diversos serviços de saúde é imprescindível a horizontalização dos fluxos. Isto ocorre através do ato de reconhecer que todos os serviços são importantes e que somente com a participação efetiva de cada um é possível construir a rede. (Righi, 2005).

Construir a rede significa a abertura de espaços e caminhos para que, em situações onde se necessite de apoio, se saiba a quem demandar e que esses possam estar prontos e dispostos para acolher e juntos construir novas alternativas de intervenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se pensa em saúde, inúmeros são os fatores envolvidos e eles não existem separadamente, mas co-existem, influenciando-se mutuamente. Este é o caso do tema escolhido para este trabalho, Projeto Terapêutico Singular.

Para que as ações em saúde possam ter algum resultado satisfatório é imprescindível que o usuário não seja reduzido a sua patologia. Que ele se desloque de uma posição passiva (onde os técnicos têm o saber) para assumir uma condição ativa, tendo responsabilidade e autonomia sobre sua vida.

Reafirmar a concepção de que saúde não é apenas ausência de doença possibilita pensar o sujeito de forma integral, em sua condição biológica, psicológica e social. Para que os trabalhadores consigam agir a partir desse enfoque, com atitudes que vão ao encontro da defesa e promoção da vida, é necessário que ampliem seu fazer profissional. A utilização do PTS como estratégia terapêutica para ampliar esse fazer impõe a necessidade de pactuar uma nova agenda para os profissionais da saúde, promovendo autonomia, maior satisfação e fundamentada no pressuposto de que “não se trata igual o diferente”.

A produção de saúde almejada através do PTS é aquela que deve ser co-produzida pelo coletivo, porque ninguém produz saúde. Trabalhadores de saúde (com apoio da gestão, mas sem intervenção direta) e usuários devem movimentar-se de maneira diferente, ousando pensar em um novo modo de fazer, promover e produzir saúde.

O PTS busca proporcionar uma experiência singular de analisar, discutir e construir uma nova realidade frente a diferentes posicionamentos, questionando e fazendo um contraponto à forma protocolar que sustenta o funcionamento de muitas equipes. São condutas e orientações (os diferentes saberes) que se unem em um só espaço, em busca de uma resolução coletiva para um só caso em questão.

O grupo de profissionais que pactuou viver esta experiência de construção de um Projeto Terapêutico Singular concluiu que, mesmo enfrentando tan-

tas dificuldades e entraves, os resultados foram significativos. No caso da usuária que há tanto tempo não saía de casa já foi uma grande conquista trazê-la para iniciar um tratamento. No caso dos profissionais, esses vislumbraram e, mais do que isso, vivenciaram uma experiência de trabalho compartilhado.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Equipe de referência e apoio matricial**, 2004b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf). Acesso em: 02, set., 2008.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMINITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública v.23, n.2, Rio de Janeiro, fev. 2007, p. 399-407. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&Ing=pt&nrm=iso). Acesso em: 02, set, 2008.
- CARVALHO, Sérgio Rezende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (et al.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**. Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.2, n.15, p.345-353, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O projeto terapêutico singular. In: Guerreiro AP; Campos GWS. (org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), 2008, v. 1, p. 283-297.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. v.2000. 208 p.

RIGHI, Liane Beatriz. Produção de redes em saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica (org.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos.** Ijuí: Unijuí, 2005. (Coleção Saúde Coletiva).