

# PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A PARTIR DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

MENTAL HEALTH CARE PRACTICES FROM THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT  
PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD MENTAL A TRAVÉS DEL PROYECTO TERAPÉUTICO SINGULAR

Cristiane Nogueira Costa <sup>1</sup>

## Como Citar:

Costa CN. Práticas de cuidado em saúde mental a partir do Projeto Terapêutico Singular. *Sanare*. 2023;22(1).

## Descritores:

*Serviços de Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Conhecimentos, atitudes e práticas em Saúde.*

## Descriptors:

*Mental Health Services; Mental Health Assistance; Knowledge, attitudes and practices in health.*

## Descriptores:

*Servicios de Salud Mental; Asistencia a la Salud Mental; Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.*

## Submetido:

22/03/2023

## Aprovado:

19/06/2023

## Autor(a) para Correspondência:

Cristiane Nogueira da Costa  
Rua Crisântemo, n.º 174, Torre 1,  
Condomínio Green Eldorado  
Parque Oeste Industrial, Goiânia-GO,  
CEP: 74375-530  
E-mail:cristianepsi@gmail.com

## RESUMO

Nos Centros de Atenção Psicossocial, o Projeto Terapêutico Singular é importante ferramenta de cuidado, sendo resultado de discussão coletiva de equipe interdisciplinar, usuário e família, visando ao protagonismo do usuário, à singularização das práticas em saúde, à territorialização do cuidado e à promoção da corresponsabilização nas ações pactuadas. Objetivou-se descrever e analisar como ocorre a construção e operacionalização do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Infante-Juvenil, da região metropolitana de Goiânia. Participaram da pesquisa 22 trabalhadores dessa instituição que estão envolvidos na construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular. A coleta dos dados foi realizada com entrevistas semiestruturadas e a sua organização e interpretação ocorreu utilizando a técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados apontam dissonância e contradições entre a prática e os pressupostos teóricos nos processos terapêuticos e na forma como é construído e operacionalizado o Projeto Terapêutico Singular no cenário de estudo. Observou-se que as ações em saúde mental nesse serviço são permeadas pelos dois paradigmas de atenção: manicomial e psicossocial.

1. Psicóloga. Mestre em Assistência e Avaliação em Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Servidora na Prefeitura de Aparecida de Goiânia. E-mail: cristianepsi@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7274-1516>

**ABSTRACT**

*At Psychosocial Care Centers, the Singular Therapeutic Project is an important care tool that results from collective discussion between interdisciplinary teams, users, and families, with the aim of promoting the user's protagonism, individualizing health practices, territorializing care, and promoting co-responsibility in agreed-upon actions. This study aimed to describe and analyze how the construction and operationalization of the Singular Therapeutic Project occur in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs used by Children and Adolescents in the metropolitan region of Goiânia. The research involved 22 workers from this institution who are involved in the shared construction of the Singular Therapeutic Project. Data was collected through semi-structured interviews and the organization and interpretation of the data was done using the Content Analysis Technique. The results indicate dissonance and contradictions between practice and theoretical assumptions in therapeutic processes and in how the Singular Therapeutic Project is constructed and operationalized in the study setting. It was observed that mental health actions in this service are influenced by both the asylum and psychosocial paradigms of care.*

**RESUMEN**

*En los Centros de Atención Psicosocial, el Proyecto Terapéutico Singular es una importante herramienta de cuidado, siendo resultado de discusión colectiva entre equipo interdisciplinar, usuario y familia, con vistas a posibilitar el protagonismo del usuario, a la singularización de las prácticas de salud, a la territorialización del cuidado y a la promoción de la corresponsabilización en las acciones pactadas. Se objetivó describir y analizar como ocurre la construcción y operacionalización del Proyecto Terapéutico Singular en un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y otras drogas Infante-Juvenil, de la región metropolitana de Goiânia. Participaron de la investigación 22 trabajadores de esa institución que son involucradas en la construcción compartida del Proyecto Terapéutico Singular. La coleta de los datos fue realizada con encuestas semiestructuradas y la organización e interpretación de los datos ocurrieron utilizándose de la técnica de Análisis de Contenido. Los resultados señalan la disonancia y contradicciones entre la práctica y los presupuestos teóricos en los procesos terapéuticos y en la forma como es construido y operacionalizado el Proyecto Terapéutico Singular en el escenario de estudio. Se observó que las acciones en salud mental en ese servicio son permeadas por los dos paradigmas de atención: manicomial y psicosocial.*

**INTRODUÇÃO**

O movimento da Reforma Psiquiátrica nasceu com o objetivo de superar o estigma, a institucionalização e a cronificação das pessoas com sofrimento psíquico. Suscitou discussões acerca de novos modos e fazeres dentro da saúde mental. A partir do questionamento sobre a concepção de doença mental e do desenvolvimento de políticas públicas foi necessária a construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico<sup>1</sup>.

Nesse contexto, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços estratégicos na assistência ao sofrimento psíquico no contexto social e de saúde, sendo responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, no âmbito do seu território<sup>1</sup>.

O processo de desospitalização demonstra importante avanço na Reforma Psiquiátrica Brasileira, no entanto não é sinônimo de mudança pragmática da atenção em saúde mental. Para isso, é necessário que o processo de mudança inclua quatro dimensões.

A primeira se refere ao campo epistemológico ou teórico-conceitual, sendo questionados os saberes e conceitos dentro da ciência e psiquiatria clássica, tais como isolamento, neutralidade, tratamento moral, anormalidade, doença e cura<sup>2</sup>.

A segunda diz respeito às mudanças técnico-assistenciais que buscam construir novos espaços de sociabilidade, troca e produção de subjetividade. A terceira relaciona-se às questões jurídico-políticas sobre a discussão e redefinição das legislações que envolvem os doentes mentais e as novas possibilidades de inserção social. Por fim, a quarta requer uma mudança sociocultural que se refere às transformações da relação da sociedade com a doença mental e é influenciada pelos conceitos construídos historicamente<sup>2</sup>.

Com a discussão das práticas terapêuticas em saúde mental foi proposto como substitutivo ao modelo asilar o modelo psicossocial, que tem como cerne o protagonismo do usuário, corresponsabilização, relação horizontal, integralidade e reinserção social<sup>3</sup>.

Com o modelo psicossocial, foi viabilizada a apropriação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta na promoção do cuidado integral em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial<sup>4</sup>. A dimensão singular é a essência do projeto terapêutico, é o que determina a ação de saúde oferecida para alcançar os objetivos de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros. Ademais, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia tradicionalmente na discussão de casos em medicina. A noção de projetualidade não se refere apenas como plano com a organização de atividades e ações centradas para a resolução de um dado problema. Refere-se à capacidade de lançar um olhar para o futuro, provocando a reflexão, ampliando as possibilidades e a elaboração de novas realidades<sup>5</sup>.

A construção do PTS deve ser coletiva, sendo que demanda a participação dos atores envolvidos: usuários, familiares e equipe de saúde. Esse processo objetiva compreender o sujeito em sua complexidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais. As ações devem favorecer a participação ativa do usuário e familiares, promovendo autonomia e compartilhamento de informações e saberes. Promove-se a discussão sobre uma situação de interesse comum e pactuam-se ações, formalizando compromissos e dividindo-se responsabilidades entre os sujeitos envolvidos<sup>6</sup>.

O PTS, enquanto dispositivo de cuidado, desenvolve-se em quatro momentos. Inicialmente é realizado o diagnóstico com a avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Nesse momento, busca-se entender como o sujeito se relaciona com a situação do adoecimento. Tenta-se compreender os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. É necessário lançar um olhar muito além dos problemas, buscando as potencialidades. Produz-se um consenso operativo sobre as hipóteses e problemas relevantes na perspectiva da equipe e do usuário<sup>7</sup>.

Posteriormente, são realizadas as definições das metas. A equipe, o usuário e as pessoas envolvidas trabalham e negociam propostas de curto, médio e longo prazo. Após a definição das metas é feita a divisão de responsabilidades. Nesse momento, são

definidas as tarefas de cada um com clareza. Por fim, a reavaliação, momento em que se discutirá a evolução e serão realizadas correções dos rumos tomados<sup>7</sup>.

O desenvolvimento dos projetos terapêuticos deve ser orientado pelos seguintes eixos: a centralidade da ação na pessoa; a relação de parceria terapeuta-cliente; o deslocamento do lócus da ação da instituição para o território e para as situações da vida real; ênfase no sujeito em seu contexto; construção compartilhada; estabelecimento de contrato de trabalho com percursos a serem desenvolvidos em um tempo predeterminado; e a utilização de avaliações periódicas conjuntas para redirecionamento do projeto<sup>6</sup>.

A partir do reconhecimento da importância do PTS como dispositivo norteador do funcionamento dos serviços de atenção psicossocial em saúde mental, este estudo tem como objetivo descrever e analisar como que ocorre a construção e operacionalização do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Infanto-Juvenil (CAPS ADi III) da Região Metropolitana de Goiânia.

## METODOLOGIA

O estudo é uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa. O cenário é o CAPS ADi III da Região Metropolitana de Goiânia, que atende crianças e adolescentes que fazem uso de drogas. Participaram da pesquisa 22 trabalhadores. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2020. Os critérios de inclusão foram: trabalhadores do CAPS ADi III e estar envolvido nos processos relacionados ao PTS.

Para a coleta de informações foram realizadas entrevistas semiestruturadas individualmente. O instrumento da entrevista foi construído pela pesquisadora, tendo como aspectos centrais a operacionalização do PTS na instituição. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e tratadas utilizando a Análise de Conteúdo. A organização e a interpretação dos dados ocorreram abrangendo as seguintes fases: pré-análise; exploração do conteúdo e tratamento dos dados obtidos; e interpretação<sup>8</sup>.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados foram descritos, analisados e discutidos, sendo as categorias temáticas interpretadas de acordo com embasamento teórico

da pesquisa possibilitando o relacionamento da teoria com as práticas terapêuticas realizadas no CAPS ADi III.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer n.º 3.811.676, respeitando os princípios éticos e legais de pesquisa com seres humanos. Nas entrevistas transcritas, os participantes foram identificados com números e letras (T) visando assegurar a preservação da identidade e confidencialidade dos dados coletados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do PTS ocorre no acolhimento e pode ser reavaliado ou alterado no decorrer do processo terapêutico. Ao chegar no serviço é realizada a escuta do adolescente e do familiar/acompanhante. É importante ressaltar que essa escuta costuma ser feita separadamente, sendo realizada regularmente por dois profissionais da equipe técnica, podendo ser farmacêutico, assistente social ou psicólogo. Inicialmente, conversa-se brevemente sobre o CAPS ADi III, as características dos usuários que utilizam o serviço e as modalidades de atendimentos oferecidas.

São questionadas informações sobre o desenvolvimento físico e cognitivo dos adolescentes, sua interação com a escola, sua dinâmica familiar, sua relação com as drogas, se há envolvimento com a criminalidade, seus lazeres, planos e sonhos, expectativas sobre o tratamento. Durante esse momento de escuta, também são levantados possíveis fatores de proteção e de risco e é realizado o exame psíquico. O acolhimento é guiado por um roteiro que foi estruturado pelos profissionais.

Em seguida, o usuário e o familiar/acompanhante passam pela consulta médica, realizada pelo psiquiatra ou clínico geral. Adiante, ocorre a discussão do caso entre os profissionais que participaram do acolhimento e o médico, que pactuam o projeto terapêutico do adolescente. Por fim, a decisão é repassada para família e usuário. Essa dinâmica de construção do PTS pode ser ilustrada com as seguintes falas:

Cada adolescente quando faz o acolhimento, ele passa por profissionais e, no primeiro acolhimento, é feito o PTS. Esse PTS é dinâmico, muda bastante, tipo assim, se ele não tá conseguindo cumprir, se ele não tá gostando, a equipe conversa, vê o que

precisa mudar e muda o PTS (T11).

A construção do PTS é feita quando o adolescente é acolhido na Unidade [...]. O adolescente chega com a demanda, a equipe se reúne e faz a construção desse projeto. No início, ele chega, ele vai conversar com a equipe, com a psicóloga, assistente social e faz o projeto dele, vê qual que é o melhor dentro da demanda dele, né? (T8).

Aqui o PTS funciona em grupo, individual... agora não sei se o medicamentoso entra. É relacionado às atividades aqui dentro, aí tem os horários, o da tarde, em horário vespertino, e à noite... aí, tem o acolhimento noturno também (T11).

A gente fala que aqui nós temos um cardápio... O cardápio a gente vê o que é melhor pra ele e oferece pra ele, se ele aceita, né... Porque também não adianta a gente abrir o cardápio e falar pra ele 'escolhe'. Às vezes, ele vai escolher algo que pra ele não seja tão viável, né. Então a gente oferece o que a gente acha que é melhor e ver se ele aceita... E, às vezes, pra ele não ficar na rua, ele fica mais tempo no CAPS, a gente tenta fazer isso o máximo possível, né, pra ele não ficar na rua, fica no CAPS... (T10).

Diante dos resultados, algumas pontuações relacionadas à construção do PTS podem ser destacadas: 1) o projeto terapêutico construído no CAPS ADi III fica restrito às atividades internas na Unidade, 2) a construção do Projeto Terapêutico Singular é realizada predominantemente pelos profissionais, que apenas repassam para a população usuária.

O projeto terapêutico é construído inserindo os usuários e familiares em atividades realizadas dentro da Unidade. Como mencionado pelos trabalhadores, no CAPS ADi III existe um "cardápio" em que são listadas as atividades realizadas na Unidade. Nesse cardápio, estão os grupos, os atendimentos individuais, as consultas, o acolhimento diurno e o acolhimento noturno. O projeto terapêutico é construído inserindo esses adolescentes dentro dessas atividades/modalidades de atendimentos propostas pelo serviço. Dessa forma, acaba por

se configurar como um cronograma semanal de atividades que o usuário deve participar no serviço.

Visualiza-se, portanto, que, na construção do PTS, não são definidas metas terapêuticas, sendo que os usuários são inseridos em ações e atividades que não contemplam as demandas e necessidades deles. Dessa forma, a construção do PTS não se apoia em um diagnóstico, para a organização das práticas de cuidado direcionadas pelo PTS.

O diagnóstico deve incluir a avaliação orgânica, psicológica e social, possibilitando as conclusões a respeito dos riscos e vulnerabilidades. Deve ser captada a singularidade do usuário, seus interesses, desejos, sua relação com os problemas, com o trabalho, a cultura, a família e a rede social<sup>7</sup>. Salienta-se que esse diagnóstico é até iniciado no acolhimento, sendo que por meio do diálogo entre equipe/usuário/família busca-se compreender o que o sujeito procura no serviço, sua história e suas relações. No entanto, o passo posterior ao diagnóstico inicial seria o estabelecimento de metas e ações, acordadas entre equipe, usuário e família. Adiante, evidencia-se a potencialização de corresponsabilidades, ficando claras para todos os envolvidos nas práticas de cuidado as suas tarefas nesse processo terapêutico.

No entanto, os desafios para a realização do PTS não são identificados apenas nessa unidade, pois a literatura apontou que a construção do PTS em outros CAPS, muitas vezes, limita-se a essa oferta do cardápio de atividades disponíveis no serviço. Nessa proposta, o usuário tem que se adequar ao que o serviço tem para oferecer, sem focar nas especificidades de cada usuário e na perspectiva singular do PTS. Dessa forma, a equipe, por limitar-se à rotina do serviço, elabora estratégias terapêuticas restritas ao espaço institucional, não explorando as potencialidades do território onde os usuários vivem<sup>8</sup>.

É importante salientar que a construção dos projetos terapêuticos deve levar em consideração a singularidade do sujeito, observando seus desejos, necessidades e possibilidades. Propostas indiferenciadas, com a apresentação de cardápio de atividades, com ofertas de oficinas e grupos, ocupam a maior parte do tempo das pessoas, mas não promovem melhorias significativas na vida de cada sujeito<sup>9</sup>.

O PTS deve ainda contemplar a integralidade do cuidado ao usuário, percebendo o sujeito sob o aspecto histórico, social e político, e suas relações

com o contexto familiar e meio social nos quais está inserido. O cuidado integral compreende um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo. É ancorado numa concepção abrangente do ser humano, considerando sua subjetividade, validando seus sentimentos, desejos e aflições<sup>9</sup>.

Também deve ser considerado no processo de construção do Projeto Terapêutico Singular o empoderamento relacional e social do usuário, sendo incluídas ações que estimulem sua autonomia pessoal e coletiva, visando ampliar a capacidade do usuário de lidar com seus problemas de forma a requerer cada vez menos dispositivos assistenciais. É importante perceber o CAPS como um espaço intermediário, um local de passagem, que possibilita aos usuários melhorarem o desempenho de suas atividades, promove a autonomia e favorece a reinserção social<sup>10</sup>.

Ações que promovam a autonomia e a reinserção social dos usuários podem ser feitas por meio de inserção no trabalho, lazer, exercício dos direitos e deveres civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Para concretizar tais objetivos, o PTS deve ir além de escolher e inserir o usuário em atividades internas no CAPS, devendo incluir atividades "extramuros"<sup>11</sup>.

Ressalta-se que a operacionalização dos modos de cuidado psicossocial para além das paredes institucionais vem se demonstrando como importante desafio. Mesmo a concepção de atenção psicossocial estando presente nos discursos dos profissionais, a articulação no território não ocorre. As ações que estariam dirigidas ao contexto concreto de vida dos usuários são pouco representadas na construção do PTS<sup>12</sup>.

Ainda sobre a questão de os Projetos Terapêuticos Singulares serem construídos com foco em promover a permanência dos usuários dentro do serviço, considera-se que essa proposta resulta no distanciamento dos contatos sociais e da vida cotidiana, produzindo o aprisionamento em uma identidade centralizada na doença, podendo levar ao risco da produção de novas cronicidades, devido a uma adequação institucionalizante, em que são abafados os desejos e diferentes modos de subjetivação. As novas formas de cronicidades se expressam pela retenção de usuários, em modos de gestão resistentes em operar para fora do serviço e em produzir portas de saídas e de circulação na rede, aspectos que podem estar transformando os CAPS em manicômios disfarçados<sup>13</sup>.

O processo de isolamento do serviço devido à ausência das ações de inserção territorial vem sendo denominado como “encapsulamento”. Esse termo está relacionado ao sentimento de aprisionamento da equipe dentro do serviço, não articulando com a comunidade. É necessário estar atento para que não sejam reproduzidas velhas práticas características do modelo manicomial. O processo de “inclusão na comunidade” se transforma em “inclusão no serviço”, produzindo a cronificação e institucionalização do usuário. Essa situação aponta que o processo de desinstitucionalização pouco avança na desconstrução dos saberes e práticas manicomial, reduzindo as práticas posteriores à Reforma Psiquiátrica apenas à compreensão de desinstitucionalização como desospitalização. Para modificar a cultura de exclusão não é suficiente a mudança do tipo de serviço oferecido, e um dos principais desafios no processo de Reforma Psiquiátrica parece ser a modificação das práticas assistenciais e consolidação do cuidado em rede, tendo como base a compreensão do território e os princípios de integralidade e participação popular<sup>14</sup>.

A desinstitucionalização é uma estratégia para a reabilitação social e não deve ser confundida com desospitalização ou desassistência. Ela só pode ser alcançada com a desconstrução teórica e prática da psiquiatria tradicional, sendo que esse processo é apenas possível com o deslocamento da centralidade da atenção da instituição em direção ao território<sup>14</sup>.

Nesse processo, o CAPS tem o papel de articulador da rede de atenção em saúde mental, no entanto esse termo pode remeter a uma relação ambígua do serviço com a rede, sendo que, ao mesmo tempo que ele se caracteriza como estratégico para agenciar recursos, ele também pode centralizar o cuidado, estabelecendo uma relação piramidal de hierarquização. A rede também pode provocar o “encapsulamento” do CAPS ao considerá-lo como “centro” do cuidado em saúde mental, como se fosse a única referência, o “ordenador da rede”. É necessário que a rede intersetorial esteja fortalecida e se corresponsabilize em conjunto com a atenção em saúde mental<sup>12</sup>.

Em relação aos atores envolvidos na construção do projeto terapêutico, é possível observar que esse processo é centralizado na equipe de trabalhadores, sendo que o médico e os profissionais que realizaram o acolhimento decidem e repassam para os usuários/famílias as atividades em que serão inseridos na Unidade. Como apontado anteriormente, quando

questionada sobre o conceito e processo do Projeto Terapêutico Singular, a população usuária demonstrou desconhecer tal termo/processo. Como o poder decisório no processo de construção é da equipe, a população usuária assume um papel passivo nesse cenário, muitas vezes permanecendo alheia e não se apropriando do que seria um Projeto Terapêutico Singular.

Ressalta-se que a produção do projeto terapêutico de forma compartilhada entre equipe/família e usuários é fundamental para promover a autonomia afetiva, material e social, além de aumentar a capacidade da população usuária de gerir seus problemas e seus relacionamentos sociais<sup>4</sup>. Contudo, no processo de construção de um PTS, frequentemente observa-se a falta de diálogo e de negociações entre os envolvidos, pois não se leva em conta o protagonismo dos usuários e de sua família nesse processo.

Considera-se que a produção de projetos terapêuticos singulares requer fundamentalmente a reorientação do tipo de escuta oferecida ao usuário/família e a possibilidade de compreensão de sua história. Faz-se necessário promover um espaço de expressão e acolhimento para que esses elementos façam parte do processo. Dessa forma, os profissionais devem aprender e exercitar o respeito ao outro e a alteridade, sendo que devem auxiliar o usuário a identificar como pretendem conduzir seu tratamento e como auxiliá-lo nesse processo<sup>4</sup>.

A construção compartilhada do projeto terapêutico desloca a população usuária do lugar de submissão (a um projeto definido pelos profissionais) para o lugar de centralidade no processo terapêutico, possibilitando a corresponsabilização de todos atores envolvidos na busca de resoluções para os seus agravos de saúde. Nesse sentido, é fundamental que se realizem ações que promovam a ampliação da capacidade de entendimento da população usuária para que se possibilite sua apropriação do controle do processo saúde-doença, aperfeiçoando a sua capacidade de agenciar soluções no campo afetivo, material e social e possibilitando o aumento da sua participação na vida política e jurídica<sup>14</sup>.

Sobre os profissionais que acompanham o PTS, visualizou-se que no CAPS Adi III não se trabalha com equipes de referência devido ao número reduzido de profissionais. Portanto, são organizados os profissionais de referência, sendo esses os psicólogos, farmacêutico e assistente social. Esses profissionais relataram em seu discurso como se

organizam nesse processo na unidade:

Os referentes são organizados por letras, cada referente que faz parte da equipe técnica, que são os psicólogos e assistente social, enfermeiro, eu acredito que não tá, a equipe de enfermagem não foi incluída... Tem que ficar atento se tá vindo, se não tá vindo, se tá legal, se não tá legal (T19).

Aqui tem os referentes [...]. O que que a gente fez? Muitas unidades trabalham com miniequipe [...]. Como o nosso grupo aqui é menos, a gente preferiu trabalhar com referente por letra do alfabeto [...]. Ele tem que tá ligando o tempo inteiro, saber como ele tá, como é que tá o acompanhamento (T10).

Observa-se que os profissionais de referência são organizados a partir da divisão dos prontuários. A organização do trabalho dos referentes se dá a partir do acompanhamento dos projetos daqueles adolescentes pelos quais são responsáveis. Devem também realizar a busca ativa daqueles adolescentes que não estão frequentando as atividades no serviço. No entanto, é aconselhável que a escolha do profissional de referência seja baseada no vínculo desenvolvido com o usuário, pois facilita o processo de cuidado e a corresponsabilização. Através do fortalecimento do vínculo o profissional de referência pode se aproximar e conhecer as questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras do contexto do usuário. Dessa forma, pode-se articular um cuidado cada vez mais singular e que atenda às demandas do usuário<sup>15</sup>.

A equipe/profissional de referência pode ser definida como profissionais que se responsabilizam pelos mesmos usuários cotidianamente. O profissional de referência deve acompanhar o usuário/família durante o processo terapêutico, articulando a intervenção de outros profissionais ou serviços sempre que necessário e organizando a sua alta e continuidade de acompanhamento em outro serviço. As equipes de referência visam à construção do cuidado singular e vínculo estável entre a equipe e o usuário/família. O profissional de referência pode ser qualquer componente da equipe, independentemente da sua formação<sup>15</sup>.

O atendimento como profissional de referência remete às práticas de cuidado da clínica ampliada, sendo que ela propõe a atenção sustentada pelo

forte compromisso com o usuário, concebido em sua singularidade; a responsabilização pelos usuários do serviço de saúde; cuidado intersetorial; o reconhecimento dos limites do saber do profissional e das tecnologias utilizadas, buscando outros conhecimentos em outras áreas e um compromisso ético profundo com o usuário<sup>7</sup>.

Sobre a avaliação e reconstrução do PTS, a equipe considera que a reconstrução é necessária quando o usuário não participa das atividades internas no CAPS, como foi proposto na construção do PTS. Isso ocorre porque a avaliação da efetividade ou não do processo terapêutico está vinculada a essa frequência nas atividades, como é ilustrado pelas seguintes falas:

A reconstrução é feita quando a equipe vai percebendo que o adolescente não adere ao projeto terapêutico, não vem, ou chega a hora que quer, ou vem e fica dormindo e aí vai chamando ele [...], vai sempre ali olhando pra ver qual a melhor maneira dele tá cumprindo um projeto pra ele (T4).

Na minha observação, a reconstrução do PTS é primeiramente quando o adolescente não cumpre o combinado [...] e outro motivo qual ele cumpre e vê que não surtiu efeito, ele precisa de algo diferente [...] a equipe vê e muda o PTS (T7).

Como já discutido anteriormente, a noção do projeto não deve ser entendida no sentido de plano de atividades a serem desenvolvidas na unidade, portanto o critério de avaliação que indica a necessidade da sua reconstrução não pode estar relacionado apenas à frequência no serviço, tendo em vista que o projeto não deve ser operacionalizado apenas como um elenco de procedimentos e protocolos a serem desenvolvidos.

A noção de plano remete a algo estático, diferenciando-se da noção de projeto, que deve ser pensado como processo. A noção de projetualidade tem a intenção de lançar-se do presente em direção ao futuro, como um processo dinâmico. Nesse sentido, o projeto está em constante construção e reconstrução, com a possibilidade de ser pensado e repensado na relação entre equipe-usuário-familiares.

Contudo, a necessidade de construção e reconstrução não pode ser orientada exclusivamente para a organização de atividades e ações para a

resolução de um determinado problema, mas sim orientada pela prática centrada no usuário e na produção de autonomia<sup>16</sup>. Ressalta-se que o processo de construção-reconstrução do projeto terapêutico requer flexibilização para que seja modificado conforme as necessidades da população usuária e também deve se dar de forma coletiva, não apenas centralizado nas decisões da equipe<sup>4</sup>.

Ainda sobre o acompanhamento e reconstrução do PTS, durante as entrevistas foi percebido também que os critérios para a alta são relacionados à abstinência ou ao adolescente completar 18 anos, não sendo mais o perfil do serviço. Tais percepções são expostas nas seguintes falas:

A alta acontece, eu penso que, quando ele faz 18 anos, porque aí se ele ainda precisar, ele vai para outra unidade, porque o público aqui é até 18 anos, *né...* mas alta do tipo 'você não vai precisar mais, você tá ok', eu ainda não presenciei (T3).

A alta acontece se ele saiu desse mundo das drogas e do álcool (T17).

O processo de alta ou desligamento do CAPS ADi III não é organizado ou previsto no Projeto Terapêutico Singular. A elaboração do PTS com foco em atividades internas, como já foi discutido anteriormente, pode estar relacionado à dificuldade de conceber esse processo de alta. Os resultados apontam que não há uma clareza dos critérios de alta. Mesmo a maioria dos participantes relatando que a finalidade do processo terapêutico no serviço está relacionada à redução de danos, apresentam também critérios relacionados ao paradigma de abstinência como orientadores da conduta de alta.

Tais divergências ideológicas e teóricas podem interferir diretamente no processo de alta do usuário, pois os critérios são pensados de acordo com os pressupostos que defendem. Na perspectiva da abstinência com foco na remissão total dos sintomas, a única meta de resultado possível para o tratamento é deixar o uso de substâncias psicoativas. Na perspectiva da redução de danos, a abstinência pode ser alcançada, desde que seja pactuada com o paciente, mas não é condição essencial para a alta. O processo terapêutico está relacionado à produção de saúde, autonomia e cuidado de si<sup>16</sup>.

Ressalta-se que a alta em saúde mental acompanha as modificações do modelo assistencial. Entretanto, quando se fala de alta como abstinência do uso de

drogas, demonstra-se que, às vezes, esse processo ainda está atrelado ao modelo manicomial e seu ideal de cura. No entanto, a alta no modo psicossocial tem a conotação de reabilitação social, de produção de vida e de articulação com dispositivos da rede para promover a atenção continuada no território<sup>17</sup>.

Organizar o processo de alta deve fazer parte das práticas de cuidado psicossocial e, conseqüentemente, faz parte do PTS. Salienta-se que a problematização da alta nos CAPS é de extrema importância para que os profissionais e usuários vislumbrem o término do tratamento como algo possível, ampliando o processo de reinserção social dos usuários e evitando a produção de novas formas de institucionalização<sup>17</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a concretização do Projeto Terapêutico Singular ainda se configura como um desafio no serviço pesquisado, assim como a efetivação dos pressupostos que devem orientar a produção do cuidado em saúde mental na perspectiva psicossocial. Ainda, é necessário promover a relação horizontal entre os atores envolvidos no PTS, fomentando o empoderamento da população usuária, a validação dos seus saberes, estimulando a autonomia e o protagonismo.

A pesquisa possibilitou a verificação de dissonância entre saberes propostos para nortear o PTS e suas práticas em saúde mental, o que possibilita repensar o caminho. Como possibilidade de mudança, sugere-se que sejam reforçadas as ações de educação permanente em saúde, propiciando espaços de apropriação do conhecimento e discussões de práticas. Deve-se ainda buscar articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) mais efetiva com o objetivo de facilitar o caminho do usuário pela rede e ampliar as ações extramuros.

Conclui-se, portanto, que os processos relacionados ao PTS são permeados por práticas dos dois modelos de cuidado em saúde mental: manicomial e psicossocial. Ressalta-se, no entanto, que a Reforma Psiquiátrica e apropriação do PTS como organizador das práticas em saúde mental são movimentos relativamente recentes, e que é vivenciada pelos serviços a transição das práticas do cuidado. Salienta-se que todo processo de mudança é permeado por avanços e retrocessos e, nesse sentido, é interessante compreender o CAPS como um espaço de construção e reconstrução, portanto,



de aprendizagem.

As limitações do estudo estão relacionadas ao número reduzido de participantes na amostra e ao fato de ter sido explorado apenas um CAPS, de forma que os resultados se tornam difíceis de serem generalizados, pois refletem de forma mais aprofundada a dinâmica de trabalho daquele local.

Aponta-se para a importância da contínua realização de pesquisas relacionadas à utilização do Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado em saúde mental para que seja compreendido como está se configurando o alinhamento dos saberes e práticas nesse processo de mudança de paradigma proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e para que possam ser implementadas ações que propiciem a concretização dos pressupostos do modelo psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira, E. Szapiro, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. *Saúde Debate*. 2020;44: 15-20. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020E302>
- Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.
- Tavares IVF, Willrich JQ, Portela DL. Percepção dos usuários de um centro de atenção psicossocial sobre o seu projeto terapêutico singular. *Res Soc Devel*. 2021;10(10):1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19029>
- Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saude Colet*. 2007; 12(4):849-59. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Depole BF, Marcolino TQ, Oliveira GN, Cunha GT, Ferigato SH. Projeto Terapêutico Singular: Uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. *Braz J Mental Health*. 2022;14(38):1-25. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v14i38.73119>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Minayo MCS, Deslandes, SF, Neto, OC, Gomes R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
- Oliveira CA, Fonseca FCA, Carmo JC, Braga KL, Lima MF, MamedM CO, et al. Projeto terapêutico Singular (PTS): instrumento de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2021;13(2):1-8. <https://doi.org/10.25248/reas.e5709.2021>
- Belotti M, Maia CC, Avellar LZ, Silva POM. Concepções de profissionais de saúde sobre as atribuições de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. *Psic.: Teor e Pesq*. 2018;34; 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34430>
- Kammer, KP, Moro, LM, Rocha KB. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. *Rev psicol polít*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 12];20(47):36-50. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Sampaio, ML, Bispo, J, Patrício, J. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab educ saúde*. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Silva NS, Sousa JM, Nunes FC, Farinha MG, Bezerra ALQ. Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos centros de atenção psicossocial. *Psicol estud*. 2020; 19:1-19. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49996>
- Silva NFS. Tecer ninhos, ousar voos: a produção de multiplicidades nos territórios de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2022;27(02):57-67. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19762021>
- Portal PSC, Santos TOCG, Guimarães SSV, Barreiros MP, Pinto RB, Dias CH, et al. As equipes multidisciplinares como dispositivos “técnicos de referência” em saúde mental nos caps e a gestão do cuidado: uma revisão integrativa de literatura. *Res Soc Dev*. 2021;10(6):1-13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15747>
- Tagliamento G, Souza AS, Ferreira RL, Polli GM. Processo de saúde-doença nos modelos de abstinência e redução de danos: revisão integrativa da literatura. *Psicol Argm*. 2020; 38(99):174-200. <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.38.99.A009>
- Silva LLP, Almeida AB, Amato TC. A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. *Saúde debate*. 2019;43(122):819-35. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>