

## A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE<sup>1</sup>

### *THE CONSTRUCTION OF THE SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT IN AN INTERSECTOR PERSPECTIVE*

Graciele Silva Matos<sup>2</sup>, Carin Otilia Kaefer<sup>3</sup> e Zelir Bittencourt<sup>4</sup>

#### RESUMO

Este artigo tem como tema central o Projeto Terapêutico Singular (PTS) em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Infância e Adolescência. O objetivo é discutir a relevância do Projeto Terapêutico Singular como um dispositivo em construção e apresentar as potencialidades e desafios no cuidado em saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de característica exploratória onde foi utilizado como recurso metodológico, a revisão de literatura e a pesquisa documental. Para a coleta de dados foi realizada um (1) grupo focal com os profissionais do serviço do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS i), localizado em um município da região central do Estado do Rio Grande do Sul, onde foi realizada vivência de ensino-serviço do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Universidade Franciscana - UFN. Para interpretação e análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo. A partir da análise das falas dos participantes e profissionais do serviço, foi possível perceber as potencialidades, sendo elas: a integralidade no processo de trabalho, o cuidado em liberdade e o respeito a singularidade dos/as usuários/as e familiares na construção do Projeto Terapêutico Singular no CAPS i. Também foi possível identificar a relevância da rede intersetorial, onde essa é preconizada na luta antimanicomial e que demarca a inserção de usuários e familiares no seu território e nas suas relações sociais.

**Palavras-chave:** rede intersetorial, residência multiprofissional, saúde mental, serviço social.

#### ABSTRACT

*This article focuses on the Singular Therapeutic Project in a Center for Psychosocial Care (CAPS) for Childhood and Adolescence. The objective is to discuss the relevance of the Singular Therapeutic Project as a device under construction and to present the potentialities and challenges in mental health care. It is a research of a qualitative, exploratory nature and it was used as methodological resources a literature review and a documentary research. To collect data, a (1) focus group was performed with the professionals of the Center for Psychosocial Care of Childhood and Adolescence (CAPS i), located in a city in the central region of the State of Rio Grande do Sul, where it was performed a teaching-service experience of the Multiprofessional Residency Program in Mental Health at the Franciscan University - UFN. For the interpretation and analysis of the data we used content analysis. From the analysis of the speeches of the participants and professionals of the service, it was possible to perceive their potentialities: integrality in the work process, caregiving with freedom and respect for the singularity of the users and family members in the construction of the Singular Therapeutic Project at CAPS i. It was also possible to identify the relevance of the intersectoral network, where it is advocated in the antimanicomial fight, which signals the insertion of users and families in its territory and in its social relations.*

**Keywords:** intersectoral network, multiprofessional residence, mental health, social work.

<sup>1</sup> Trabalho Final de Residência - TCR.

<sup>2</sup> Assistente Social. Aluna da Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Universidade Franciscana. E-mail: gracielesmatos@hotmail.com

<sup>3</sup> Orientadora - Docente da Universidade Franciscana. E-mail: carin@ufn.edu.br

<sup>4</sup> Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental - Universidade Franciscana. E-mail: zelirt@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Este artigo tem como tema o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e como objetivo central, discutir a sua relevância como um dispositivo de cuidado na atenção psicossocial no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS i), localizado no município da região central do Estado do Rio Grande do Sul. A proposta deste trabalho partiu da vivência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da Universidade Franciscana - UFN, onde a turma de residentes multiprofissionais obteve a formação ensino-serviço neste cenário prático. Surgiu, desta vivência, o questionamento: Como ocorre a prática do Projeto Terapêutico Singular em um CAPS i?

De acordo com Cadore (2012), a criação do Projeto Terapêutico Singular surgiu para dar conta dos desafios impostos pela Reforma Psiquiátrica e pelo SUS, em vista da superação do modelo manicomial e a reestruturação da assistência à Saúde Mental, de acordo com a organização e gestão dos serviços substitutivos de atenção psicossocial. Assim, considera-se a temática Projeto Terapêutico Singular essencial para o avanço da saúde mental nos espaços psicossociais.

Desta forma, é fundamental destacar que a Residência Multiprofissional em Saúde Mental tem o caráter de desvelar a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da totalidade e nos desafios encontrados para o diálogo e construção de conhecimento. Assim, nesta pesquisa, é necessário realizar este apontamento a fim de esclarecer a importância do processo ensino-serviço que reflete nas práticas e conceitos sobre e para o SUS, em especial, neste trabalho, para a Atenção Psicossocial.

Diante disso, será apresentada uma contextualização histórica do SUS e da construção da luta antimanicomial, assim como, os dispositivos para a defesa por uma sociedade sem manicômios. Será realizada também, uma contextualização sobre a transversalidade de cuidado e a atenção à saúde mental, assim como, serão apresentados os resultados da pesquisa qualitativa por meio da interpretação dos dados coletados. Para isso, as categorias analíticas centrais são: Plano Terapêutico Singular, CAPS i e Rede Intersetorial.

O trabalho também traz aspectos de núcleo profissional, na área de serviço social, na qual a categoria rede intersetorial na construção do Projeto Terapêutico Singular foi destaque na coleta dos dados. Frente a esta perspectiva, apresenta-se o posicionamento da assistente social residente em saúde mental que destaca a relevância em pesquisar sobre o dispositivo do PTS vinculado ao aspecto da intersetorialidade. Esta possibilitará a construção de um movimento antimanicomial pautada na liberdade como direito humano na saúde mental infanto-juvenil.

## REVISÃO DE LITERATURA

### A TRANSVERSALIDADE NO CUIDADO E A ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

A base da Carta Magna de 1988 traz como dever do Estado a saúde como um direito de todos e todas. Sendo assim, o artigo 196 da Constituição Federal prevê que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

A saúde como direito e dever do Estado - assim como a sua organização - estão descritas na Constituição Federal no artigo 198, como as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e que, assim, constitua em um sistema único. Na sua organização, são diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. A Carta Magna institui sobre a saúde no Estado brasileiro como um direito de todos e todas além de sua organização no território nacional. Foi a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispôs sobre as condições para promoção, proteção e recuperação à saúde, assim como sua organização, trazendo as diretrizes da Carta Magna exemplificadas na operacionalização da saúde como um direito universal, equânime e integral, princípios descritos no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990b).

A Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990b), no artigo 3º, prevê as ações de proteção aos níveis de saúde expressas na organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes sociais, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Sendo assim, a saúde não se configura como a ausência de doença, mas sujeita a variáveis determinações biopsicossociais da vida cotidiana do sujeito em âmbito coletivo. Ainda da inscrita Lei do SUS (BRASIL, 1990b) em parágrafo único afirma-se que: dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Dessa forma, a garantia do bem-estar mental às pessoas e à coletividade inscrita na Lei do SUS (BRASIL, 1990b) vai percorrer a história de movimentos sócio-políticos através dos movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares da Saúde Mental culminando em uma Reforma Psiquiátrica em vista do modelo vigente. De acordo com Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica ocorre como um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas às quais envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto de conhecimento. Hahn Lüchmann e Rodrigues (2007) realizam uma linha do tempo

sobre este movimento histórico Brasileiro que parte do contexto do regime militar, quando surgem as primeiras manifestações no setor de saúde através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) de 1976. No interior deste setor que promove discussão é que surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), movimento este que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de torturas, fraudes e corrupção (HAHN LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402).

O marco importante para o movimento da Reforma Psiquiátrica deu-se em junho 1987 na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, São Paulo. Neste último evento, foi registrada a presença de associações de usuários e familiares, constituindo um movimento mais amplo, em que “outros atores se incorporam à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas” (HAHN LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 403). Neste terreno de lutas, demarcou-se o movimento por uma sociedade sem manicômios, afirmado no Manifesto de Bauru onde o documento possibilitou a fundação do movimento antimanicomial com a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, que mais tarde, precisamente seis anos depois, em 1993 consolidou-se no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Desde então, o movimento coletivo criou espaços de discussão, enfrentamento e posicionamento frente à organização da política brasileira de saúde mental que se desejava em confronto a interesses políticos, econômicos e sociais neoliberais. O MNLA, nas suas construções coletivas, demarca a efetivação em nível de leis e regulamentações de uma política pública conferida a seguir.

A partir do movimento, foram oito anos de enfrentamento para sancionar a lei que registrava tantos anos de luta e de denúncias aos manicômios. A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redimensiona o modelo assistencial em saúde mental.

Desde então, pensar um novo modelo de cuidado demandava espaços substitutivos ao modelo manicomial. Após a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, criou-se a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 que configura os estabelecimentos dos Centros de Atenção Psicossocial, como modelo substitutivo, na sua constituição nas modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. O CAPS i destina-se a um serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. Dentre a organização do CAPS i, nos seus atendimentos, há o recurso humano com destaque à necessidade de equipe para construção do projeto terapêutico (BRASIL, 2002).

A partir destes marcos legislativo sobre o Sistema Único de Saúde e sobre a Reforma Psiquiátrica, a organização da atenção em saúde apresenta os dispositivos e estratégias para efetuação do cuidado em saúde como direito. Como proposta, para a execução na qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde materializa-se a Política de Nacional de Humanização (PNH) de 2004.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) propõe o debate sobre os modelos de gestão e de atenção à saúde, pois viabilizá-las em lei não as coloca em práxis se não houver a transversalidade de processos organizativos (gestão) e assistencial (atenção) na sua execução como princípio na garantia do direito constitucional à saúde para todos/as.

Constitui-se, assim, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão da Saúde. A humanização como tema para pensar e executar a assistência a saúde requer reflexão a questões fundamentais que possam orientar a construção das políticas em saúde. De acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), a Humanização está na oferta de atendimento de qualidade com articulação dos avanços tecnológicos com o acolhimento, na melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Portanto, percebe-se que pensar a Política Nacional de Humanização como uma política é demarcar a transversalidade em torno da rede do Sistema Único de Saúde, entendendo-a como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações, em práticas de saúde e em instâncias do sistema em vista de uma construção coletiva.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) aborda discussões e ações de gestão e atenção em saúde, cujo Projeto Terapêutico Singular (PTS) será um dispositivo na implementação e garantia do acesso à saúde como direito universal.

No documento norteador da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), quando referido às diretrizes para implementação dessa no nível da atenção básica, é destaque a elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde. Ou seja, desde a atenção primária em saúde dá-se a inserção do Projeto Terapêutico Singular individual e coletivo, preconizado nas relações do sujeito envolvido no cuidado de sua saúde, como na gestão, de forma compartilhada.

No âmbito da construção do PTS como dispositivo de cuidado coletivo, destaca-se a interlocução com a rede intersetorial. Segundo Pereira e Teixeira (2013) a rede intersetorial é a modalidade de coordenação favorável à construção de parcerias em nível local, estadual e federal, como forma de corresponsabilização entre entes governamentais, de recursos e de poder de decisão, de pactuação e de articulação, onde se associem as redes intersetoriais de políticas públicas. Desta forma fomentando a capacidade de uma totalidade de ações e articulações que rompa com a fragmentação e a setorialidade das políticas sociais. Sendo assim, o PTS junto à categoria Rede intersetorial serão objetos/pontos de pesquisa nas suas especificidades no processo de cuidado e atenção psicossocial.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Para a realização deste estudo, conforme exigência da Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012) sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário Franciscano, no qual

obteve parecer favorável, sob o número de parecer: 2.221.002. Esta pesquisa é de natureza qualitativa, com objetivo, exploratória. Foi utilizado como recurso metodológico a revisão de literatura e pesquisa documental. A revisão de literatura foi realizada por meio de consulta em livros, artigos, dissertações e revistas eletrônicas. Ou seja, bibliografias que já foram tornadas públicas em relação ao tema de estudo, cuja finalidade, segundo Lakatos e Marconi (1990, p. 75) “é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, querem publicadas, quer gravadas”.

Para a pesquisa documental, foram analisados documentos de ordem pública, ou seja, legislações públicas transversais direcionadas ao tema, assim como documentos primários, ou seja, registros realizados pelo pesquisador por meio do grupo focal. Para a coleta de dados, foi realizado um (1) grupo focal com os profissionais do serviço do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS i), sendo seis (6) trabalhadores, estes que compõe a equipe multiprofissional do CAPS i.

Os questionamentos e respostas realizados com o grupo focal foram registrados por meio de gravações e a partir das transcrições ocorreu a análise das falas referente ao objetivo geral da pesquisa que foi: compreender como ocorre a prática do Projeto Terapêutico Singular no CAPS i para proporcionar melhor qualidade na prestação de serviço. A partir do objetivo geral, foram criados os objetivos específicos de cada núcleo a respeito da construção deste dispositivo na saúde mental, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Nesse sentido, enquanto assistente social, residente, o objetivo específico foi: analisar a relação da rede intersetorial na elaboração do PTS no CAPSi na perspectiva dos profissionais.

Para a análise dos dados, baseou-se no método de análise de conteúdo, de Gagneten (1987) a partir das categorias: reiteração, ressonância e estratégias. A interpretação foi realizada a partir dos elementos de contradição e os de concordância. Dessa forma, foi possível produzir a conceituação e a generalização na articulação interpretativa da pesquisa qualitativa e, por fim, a sistematização em conformidade de propostas apresentadas pelos sujeitos que participaram da pesquisa.

Na execução da pesquisa, foi possível coletar os dados a partir da perspectiva de 06 profissionais da equipe multiprofissional que atuam no CAPS i. Essa revelou os desafios de uma equipe interdisciplinar de residentes frente ao ensino - serviço - comunidade na construção do conhecimento, na existência de convergência ou mesmo divergência no processo da pesquisa do trabalho de conclusão da residência.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CAPS i**

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado em 2007, é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado de discussões

coletivas e de equipe interdisciplinar com o apoio matricial se necessário (CAMPOS, 2017). Sendo assim, o PTS demanda reconhecer o sujeito na sua singularidade e construção social cotidiana dentro do projeto de terapêutica. Na saúde mental, o PTS obteve bastante desenvolvimento em dispositivos de atenção psicossocial como forma de oportunizar uma atuação integrada da equipe, trazendo outros valores que não fosse apenas do diagnóstico psiquiátrico e da medicação.

Destaca-se que a estratégia da reunião de equipe é importante para auxiliar, e entender o sujeito nas suas demandas e, a partir disso, planejar ações resolutivas e propositivas. Dessa maneira, através da pesquisa realizada a partir dos questionamentos para os profissionais do serviço CAPS i, identificou-se algumas falas destes que remeteram a um significado relevante ao PTS. Como é o exemplo da profissional (01):

Eu acho que um outro desafio tem a ver com a questão do plano terapêutico ser pensado de forma multidisciplinar.

Assim, o PTS é uma construção em reunião de equipe interdisciplinar potencializando os saberes. Porém, esta construção em equipe interdisciplinar traz desafios para a construção de um cuidado integral a saúde mental, pois demanda a articulação de saberes entre núcleos profissionais em vista do campo da saúde mental e da singularidade dos/as usuários/as atendidos/as no serviço de saúde. Todavia, os processos de trabalho em saúde mental e na construção do PTS trazem afirmativas sobre as potencialidades preconizadas nas diretrizes como, por exemplo, as afirmativas do profissional (01) e profissional (05), respectivamente:

Ser equipe multidisciplinar também, eu acho que é. Uma facilidade né, porque são vários olhares ali, porque como a gente tava conversando a gente pensa na integralidade do sujeito.

As afirmações caracterizam o caráter do desafio do trabalho interdisciplinar, dos diferentes saberes, mas que, ao mesmo tempo, potencializa-se na construção do PTS que demanda a articulação da clínica ampliada para abordagens heterogêneas. Isto se apresenta disponível no serviço de saúde mental a partir da reunião de equipe, como estratégia da gestão do cuidado.

Porém destaca-se que a construção do PTS não se restringe a reunião de equipe, pois segundo Campos (2017) este dispositivo dispõe de um contrato amplo sobre os objetivos de cuidado compartilhado e a definição de papéis e de responsabilidades dos profissionais, usuários e familiares. Ou seja, há uma organização entre o diagnóstico, avaliação de risco, definição de ações e de responsáveis por realiza-las. Afirma-se então que a discussão e a construção compartilhada de um PTS comprometem as pessoas com estratégias e participação mútua.

O PTS vai substituir o Projeto Terapêutico Individual. Assim, possibilita a abordagem ampliada, promove a participação em grupos ou famílias, onde além do singular, busca a diferença como ênfase central para as articulações. Na coleta de dados, foi verificado que os profissionais

trouxeram a singularidade da inserção dos sujeitos e seus familiares, como aparece nas seguintes falas do Profissional (6) e Profissional (4):

Eu acho que o grupo de familiares ou de cuidadores que acontece concomitante aos grupos de crianças e adolescentes, eu acho que é uma forma da família estar participando desse plano terapêutico [...] porque conhece mais o serviço [...] porque acaba se fortalecendo nesse grupo.

Eu concordo, assim, que os grupos ajudam muito [...] e vem aquela família querendo uma solução pra aquilo ali, né, uma coisa bem cultural [...] a gente tem que construir junto o plano terapêutico e a família tem que se envolver nesse plano terapêutico de várias maneiras [...] E com os grupos eu acho que isso, eu consigo ver assim, eu acho que a equipe também né, que é uma possibilidade quando a família está aqui dentro do CAPS, né, indo nos grupos.

A partir das falas, reafirma-se a necessidade de articular o PTS com os usuários/as e suas famílias através de estratégias em grupos, assembleias e dispositivos de cuidado ampliado que atinja a atenção psicossocial para além do diagnóstico e soluções imediatistas.

Nesse sentido, mostra-se que somente a partir do envolvimento e das informações dadas aos familiares é que o Plano Terapêutico Singular será correspondente às necessidades de saúde de cada caso. Afirmam esta de Vasconcelos et al. (2016) que discorre sobre o processo de construção do PTS e sua implicação na participação dos atores sociais (usuários/equipe/familiar) na proposição de definição de suas escolhas em busca da saúde e, também, na obrigatoriedade de estabelecimento de corresponsabilidades com outros sujeitos. Porém, demonstra-se que esta construção do cuidado compartilhado do PTS demanda articulação de sujeitos, demonstrado na fala do Profissional (01), o qual coloca:

E isso da participação da família e do usuário, por mais que claro, a gente escuta, a gente, hã... envolve, né... se... eles participam da construção, tem que ser assim, mas às vezes é bem difícil.

Nessa perspectiva, busca-se compreender a dificuldade nesta construção entre atores diferentes, mas com propósito comum do cuidado em saúde mental. Isso denota o modelo de saúde implicado nas práticas cotidianas do que os profissionais destacam como ações em saúde. Sendo assim, existem correlações de gestão, processo de trabalho e cuidado na construção deste dispositivo que vai delinear a sua disposição da inserção do usuário/a e sua família na construção do PTS. Dessa forma,

o modelo é definido, de um lado, por questões relacionadas à macropolítica, como, por exemplo, as influências do sistema de normas e regras na regulação dos serviços e dos grupos implicados com a produção do cuidado, trabalhadores nas diversas instâncias do SUS, gestores e usuários. Por outro lado, é definido, também, pelos próprios trabalhadores que estão nos cenários de práticas de cuidado. Isto porque o trabalhador tem um modo singular de significar o que é o cuidado e tudo o que cerca sua prática: os usuários, o trabalho em equipe, o compartilhamento de saberes e fazeres na relação com os outros. Enfim, o modo como ele produz para si a ideia de cuidado define a forma com a qual vai trabalhar efetivamente (VASCONCELOS et al., 2016, p. 314).

Aponta-se aqui as estruturas acerca do trabalho interdisciplinar na saúde mental que implica na defesa na liberdade como princípio da luta antimanicomial que aboliu qualquer forma de aprisionamento no cuidado, mas que demanda assimilar o cenário posto para a construção do PTS compartilhado com os usuários/as e familiares, apontando para o modelo assistencial que se define na prática cotidiana, sob o tensionamento de correlação de forças da macro e da micropolítica que se entrelaçam neste cenário. Sobre o entendimento do PTS como dispositivo da saúde mental, percebe-se a fragilidade de compreensão frente aos usuários e familiares, isso a partir da afirmação do profissional (02), que destaca em sua fala o não entendimento de tomadas decisórias frente à terapêutica, como discorre a seguir:

Às vezes o familiar acha que, hã... já por tá no CAPS e... ele não entende muito às vezes porque que participa do grupo, porque que não é individual, ou porque que não é só com o médico.. acho que evoluiu bastante porque, o pessoal hoje faz ambiência.

Esta fala transpõe a fragilidade do esclarecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) no CAPS i para os/as usuários/as e familiares, trazendo a compreensão de uma demanda a ser planejada e organizada, pois, como já foi demonstrado, quando principalmente os familiares inserem-se no cotidiano do serviço deste o acolhimento e inserção em grupos, há um retorno implicado no PTS. Outro destaque é sobre outro dispositivo que deve possuir mais investimento, a ambiência, a qual oportuniza o esclarecimento aos familiares e usuários/as no ambiente do CAPS i na espera dos atendimentos terapêuticos-operativos. O CAPS i insere-se como serviço substitutivo para o atendimento do público de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. De acordo com Lykouropoulos e Péchy (2016), a atuação do CAPSi demanda na presente dimensão dos desdobramentos do cuidado o envolvimento no mínimo de atenção conjunta e obrigatória as famílias ou serviços sociais substitutivos (abrigos, etc.) e as escolas ao público infanto-juvenil. Demonstra-se, assim, a importância do trabalho indissociável na saúde mental com crianças e adolescentes no acolhimento concomitante as suas famílias e dos dispositivos de uma rede que componha o cotidiano de vivência deste público e dos seus direitos preconizados no acesso a serviços, programas e benefícios.

Segundo Vasconcelos et al. (2016), o PTS ao ser entendido como arranjo e dispositivo que produzirá inovação como disparador da autorreflexão, poderá refletir sobre as práticas de saúde e os processos de trabalho dos profissionais. Essa ação implica-se no modelo de atenção à saúde na busca da coprodução de saúde e de sujeitos autônomos, além da inclusão deste processo de cuidado compartilhado entre usuários/as e seus familiares. Para Merhy (1998), o projeto terapêutico deve ser um instrumento que responda às demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado. A apropriação do seu processo de cuidado já denota o modelo assistencial antimanicomial, no qual necessita da escuta e liberdade do sujeito na sua produção de saúde, sendo posto na construção do PTS.

A construção do PTS em um CAPS i percorre peculiaridades importantes já que a criança e o adolescente possuem o direito de proteção à vida e à saúde, sendo dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos a este público (BRASIL, 1990). Ou seja, demanda a escuta singular do sujeito, a criança e o adolescente, previsto o acolhimento da sua família que se torna parte da corresponsabilidade do cuidado. No entanto, a construção do PTS encontra as peculiaridades de desejos e respostas por vezes diferentes do que uma equipe de saúde avalia como prioridade em dado momento, isto posto na próxima fala do profissional (02):

Essa questão de não ser uma coisa estática né, de poder também evoluir de acordo com as necessidades, mas também né, como aqui é criança, a família às vezes não entende muito.

A escuta do usuário na construção do PTS, sendo a criança ou o adolescente, é preconizada como importante, por ser um serviço de saúde mental infanto-juvenil. É na escuta que se proporciona o acolhimento de desejos e na busca da cidadania do usuário/a. A fala a seguir, do profissional (04), demonstra esta premissa:

Eu acho que uma coisa importante é que o usuário também tem que participa desse plano né, hã. Dizendo né, o que que ele gosta né, então a gente procura sempre inclui essa, essa pessoa nesse plano né, que é singular.

A busca desta escuta singular do público infanto-juvenil preconiza o direito da criança e do adolescente no seu espaço de saúde, assim como, a efetivação do seu cuidado em liberdade, dos seus desejos e necessidades. O CAPS, serviço substitutivo do modelo de atenção psicossocial, esse que desconstrói o manicômio como lugar do cuidar, vai ser um dispositivo que deve estar articulado na rede de serviços de saúde e necessita permanentemente de outras redes sociais, para realizar contraponto a demandas tão complexas no processo de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtorno mental (BRASIL, 2004). No CAPS i, não é diferente, para a garantia do direito à saúde mental de crianças e adolescentes, há necessidade de articulação, pois fará parte da construção do PTS deste público e sua família.

Sobre este serviço de atenção psicossocial infanto-juvenil, afirma-se que:

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (BRASIL, 2004, s/p).

Há complexidade da atuação na construção deste dispositivo, o Projeto Terapêutico Singular, pois demanda o olhar peculiar a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e as suas famílias

que são corresponsáveis desse cuidado. Lykouropoulos e Péchy (2016) afirmam que a inserção social deve ser entendida como parte do direito à saúde mental de crianças e adolescentes, isso se reflete na construção do dispositivo de cuidado compartilhado, este que é o Projeto Terapêutico Singular. Dessa forma, é preciso fortalecer as famílias para que sejam protagonistas de sua história no reconhecimento desse direito e enfrentamento das adversidades como condição de construção de cidadania (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 97).

O CAPS i enquanto dispositivo de cuidado possui duas funções: a primeira como porta de entrada e organização da rede em saúde mental para crianças e adolescentes no território; a segunda como função terapêutica, de assistência direta e ofertar dispositivos clínicos (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 90). Neste caso, ressalta-se o serviço de atenção psicossocial infanto-juvenil a que se deu a análise do processo de construção do PTS na perspectiva dos profissionais que atuam neste serviço, com vistas a um dispositivo de atenção interdisciplinar imediata, intensiva, singular e em caráter transitório. A construção do PTS do público infanto-juvenil perpassa ao CAPS i para assumir seu papel estratégico na articulação e tecimento de redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários e suas famílias (BRASIL, 2004). Dessa forma, perpassa o desenvolvimento do PTS na perspectiva territorial com base no CAPS i como articulador da rede, em que “passa a ser um dispositivo de cuidado que se compõe e se organiza com a rede [...] lançando mão de diferentes estratégias no seu processo de trabalho com vistas à estabilização das condições de agravamento psíquico e produção de saúde mental” (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 93).

O PTS deve ter como meta principal a inserção social por meio de ações que envolvam a rede intersetorial e também serem desenvolvidos de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário/a. Ou seja, suas ações devem ultrapassar a própria estrutura física dos CAPS e buscar articulação de redes de suporte social voltadas para os sujeitos que contribuam para o restabelecimento de vínculos fragilizados e/ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (BRASIL, 2004). Isso deve ser realizado a partir da relação do PTS no cuidado em saúde mental do público infanto-juvenil e na articulação da rede intersetorial a fim de promover exatamente o que preconiza a Reforma Psiquiátrica: o cuidado em liberdade como direito. Assim, o item a seguir reflete exatamente a dimensão de operacionalizar a construção do PTS na rede intersetorial em uma análise de núcleo profissional do serviço social resultado dos levantamentos de dados realizados.

## A REDE INTERSETORIAL NA CONSTRUÇÃO DO PTS: PERSPECTIVA DO NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL

A partir da análise sobre o processo de construção do PTS em um CAPS i, partimos para a indissociabilidade da articulação de uma rede, sendo esta rede intersetorial. Essa afirmação se dá pelos profissionais na pesquisa no serviço de saúde mental infanto-juvenil, para a construção deste

dispositivo de cuidado. Esse destaque partiu do objetivo específico de núcleo profissional de serviço social em relação à rede no processo de construção do PTS. Assim, a afirmativa da indissociabilidade da construção do PTS frente à rede intersetorial dá-se na fala do profissional (01) a seguir:

E que é um plano que não é também só dentro do CAPS né.

Ele se estende pra fora, pra atividades fora, né... pra outros projetos sociais e...né, a gente tenta pensar na...no sujeito de forma integral.

Nossa, tu tá levando em consideração não só aqui o olhar multidisciplinar, mas de toda a rede que sustenta o sujeito.

É fundamental pra integralidade do sujeito, né, esses diversos olhares [...] enxergar ali a potencialidade no sujeito, no que que ele é melhor, no que ele pode se dar melhor.

Os relatos acima destacam a importância da construção do PTS na saúde mental infanto-juvenil sendo necessárias articulações de rede, não se detendo somente no setor da saúde, mas na convocação de outras políticas públicas a compor na esfera de um acompanhamento integral à saúde, a rede intersetorial de apoio aos usuários, familiares e equipe de referência. As ações intersectoriais foram pauta na última Conferência Nacional de Saúde Mental de 2010:

Deve-se garantir a realização de ações intersectoriais nas áreas de educação, assistência social e justiça e o desenvolvimento de cooperativas sociais e projetos de inclusão produtiva, sempre respeitando os critérios epidemiológicos e de regionalização. Para tanto, propõe-se o estímulo à comunicação e à participação dos diferentes setores e serviços no âmbito dessas ações, bem como a realização de reuniões intra e intersectoriais sistemáticas. Considera-se importante promover uma interlocução efetiva entre as equipes de profissionais que atuam na rede de Saúde Mental e as que atuam na rede intersectorial de políticas públicas em Educação, Saúde e Assistência Social que promovam/tratem a saúde no município (BRASIL, 2010, s/n).

A partir desta dimensão intersectorial, a construção do Projeto Terapêutico Singular se torna o dispositivo de ampliação do cuidado caracterizado por organizações de rede com a Política de Assistência Social, Política de Educação, Inclusão para o trabalho e o que cerca o cotidiano de cada usuário/a e sua família de forma singular. A dimensão posta está incluída na forma de organização dos processos de trabalho da equipe, isto afirmado, pelas falas abaixo dos profissionais (01), (06) e (02), respectivamente:

O sujeito com o sofrimento grave, né, tudo, tudo ali tá, tá complicado, tudo precisa ali, de alguém de investi, de uma atenção, na família, né, na questão escolar, na questão social, na questão, é todo um conjunto.

Como o sujeito é íntegro, então precisa da assistência, precisa da educação, precisa da saúde.

E talvez também conseguir algo mais ampliado né, ou na saúde, ou na até, com a assistência, na educação, pra gente pensa esse PTS mais, um global.

A discussão sobre a rede intersetorial na construção do PTS parte da concepção da inclusão social como um direito, em que pensar e articular espaços de produção de vida serão característicos ao pensar e executar cuidado em saúde mental. Para a efetivação da articulação de rede como premissa para as ações de saúde mental, foi instituída a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) que define a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), isto um ano após a IV Conferência Nacional de Saúde Mental de 2010. A Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011) preconiza a “organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2011). Fica então instituída uma nova legislação que vai abarcar legitimamente uma rede intersetorial para as ações de atenção, gestão e controle social aos usuários da saúde mental e apoio as suas famílias. Assim, surge a necessidade de articular a equipe interdisciplinar para o trabalho na atenção psicossocial de forma compartilhada. Como profissional de serviço social, a análise sobre a construção de um dispositivo de cuidado em saúde mental, como o PTS, compõe a atuação do/a assistente social como profissional de saúde na viabilidade dos direitos sociais, na defesa dos direitos humanos e na singularidade dos sujeitos.

Como documento balizador de atuação na saúde pública, a categoria profissional através do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) vai dispor dos parâmetros de atuação do/a assistente social na saúde (CFSS, 2010), os quais serão permeados pelo projeto ético-político considerando as intervenções e ações profissionais na perspectiva da totalidade social com base na questão social. Quanto à reflexão conceitual de saúde na perspectiva dos/as assistentes sociais serão de fundamental apreensão para a atuação profissional a base da “integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade” (CFESS, 2010). Ou seja, a pesquisa demonstra a consonância de pensar o propósito deste dispositivo de cuidado, o PTS, nas ações de saúde mental sendo que o assistente social vai possuir a dimensão da totalidade como princípio da sua atuação na viabilização dos direitos a um cuidado em liberdade como direito humano.

A atuação do assistente social na defesa do modelo antimanicomial inicia-se preconizando este dispositivo como central na escuta dos usuários/as e familiares compondo equipes interdisciplinares no fomento a articulação de rede. O trabalho do assistente social na saúde mental refere-se no conceito ampliado de saúde desde a Lei nº 8.080/90 expressando a questão social nos determinantes sociais de saúde: “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei nº 8.080/1990, artigo 3º). A partir desta análise, a atuação do assistente social é de fundamental importância no direito à saúde do país frente às ações de saúde mental, em que muitos desses direitos fundantes para saúde são negados na estrutura social, econômica e cultural do Brasil.

A atuação do/a assistente social na saúde mental, pensando esta em uma equipe interdisciplinar, vem de forma a contribuir para que a Reforma Psiquiátrica no alcance de seu projeto ético-político (CFESS, 2010). Corresponde a atuar de forma interdisciplinar articulando ações em saúde mental frente ao Projeto Terapêutico Singular na totalidade da vida cotidiana e nos enfrentamentos desiguais de acesso e direito a saúde. Isto tem enfrentado na saúde mental uma lógica ainda manicomial das ações, por isso a importância na composição das equipes de saúde mental o assistente social estar presente. Entende-se, então, que a atuação do assistente social na saúde mental tem caráter de destacar a importância da gestão dos processos de trabalho, norteado por este dispositivo, o PTS. Na saúde mental infanto-juvenil, tomando o campo de atuação como a área de resistências e enfrentamentos das desigualdades, há as estratégias de articulação em rede, característico do profissional assistente social que possui, na sua formação, a perspectiva da totalidade dos sujeitos envolvidos. Porém, a articulação de rede como materialidade do processo de trabalho do assistente social na saúde mental demanda outras faces das políticas públicas.

A intersetorialidade, refere-se a “estar e/ou fazer parte de um espaço em que o ramo de atividade se manifesta numa relação mútua” (FALER, 2016, p. 101). Ou seja, a intersetorialidade ultrapassa a dimensão setorial das políticas públicas no enfrentamento da fragmentação e da segmentação das políticas sociais, em vista de uma relação mútua e compartilhada. Ela parte de uma prática social cotidiana no desvelamento da complexidade de cuidado, não sendo diferente e desafiador na atenção psicossocial que preconiza a atuação de diferentes sujeitos e políticas sociais em vista da ruptura do modelo manicomial. A compreensão da intersetorialidade parte do entendimento da articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano, de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006). A construção intersetorial por meio do diálogo e ações na saúde mental vai compor o PTS na articulação entre setores e instituições governamentais e não governamentais. A possibilidade de uma construção na atuação do cuidado em saúde mental reconhecida por profissionais se faz na defesa da rede intersetorial na busca do direito à saúde e à liberdade como princípios dos direitos humanos. Sendo assim, sua defesa, no âmbito da política social pública, apoia-se no reconhecimento de que a relação entre “setores” implica mudanças substanciais na área da gestão e dos impactos na ampliação da democracia e da cidadania (FALER, 2016, p. 102).

Na saúde mental, a intersetorialidade provoca a construção de uma nova percepção da pessoa em sofrimento psíquico, esta vista como sujeito singular e incluído na sociedade. Entretanto, há desafios postos no que se refere às potencialidades e fragilidades para a concretização das ações, vistas nos relatos a seguir dos profissionais (02) e (01).

A rede também né, que a gente tem que contar com essa... com a rede e que muitas vezes a gente não consegue né, ela tem problemas.

A falta de articulação com a rede né, acho que talvez a maior.

Identifica-se, a partir das falas, que há uma fragmentação da rede em setores sendo um desafio ao CAPS i como articulador de rede, todavia, a saúde mental deve estar interligada com a intersectorialidade, pois supera a lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no enfrentamento da questão social (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 314). Denota-se também que o PTS e a construção de projetos de vida com os usuários da saúde mental infanto-juvenil perpassam diferentes pontos da rede, onde demonstra a fragilidade de diálogos entre os serviços. Nesse sentido, destaca-se espaços de reuniões ampliadas que não acontecem mais, descritas na fala a seguir do profissional (01):

Cada serviço vai fazendo o PTS pro usuário e ele fica aí no meio disso, né [...] Uma época a gente tinha aquelas reuniões de rede, né, e a FICAI também e reuniões de rede da infância [...] talvez a gente conseguisse pensar num PTS realmente né, do sujeito, dentro do território, dentro dos dispositivos. Agora fica realmente cada lugar, né, fazendo um.

A fragilidade do diálogo entre a rede intersetorial com os/as usuários/as e suas famílias demonstram desafios a serem percorridos na gestão do dispositivo Projeto Terapêutico Singular e da clínica ampliada nos processos de cuidado. Há desafios ainda na própria dimensão de que se preconiza a construção do Projeto Terapêutico Singular que se propõe a romper com o modelo manicomial, visto que há corresponsabilidade do CAPS i como articulador no esclarecimento à rede, em que poderia ser suprido através de outro dispositivo, o apoio matricial em saúde mental que não é executado no momento pelo serviço de saúde.

Na próxima fala, fica explícito o desconhecimento pela rede de proteção socioassistencial sobre a atenção hospitalar em saúde mental, a internação, sendo esta utilizada muitas vezes de forma coercitiva e punitiva, não possuindo o entendimento na perspectiva da atenção psicossocial como direito, nas falas dos profissionais (01) e (05):

Nosso paciente ali que ficou internado, né, e a gente nem sabia. Então, né, o que a gente tava pensando pra ele era completamente diferente do que daqui a pouco o Conselho pensou.

A própria dificuldade de, assim de conversa com o conselho tutelar, [...] é bem intrincada a questão, a relação com o conselho tutelar.

Na relação da rede intersetorial na atenção psicossocial infanto-juvenil necessita-se dialogar e construir processos de cuidado com o conselho tutelar, o órgão encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1990a), esse que se caracteriza muitas vezes por ações e intervenções policiais ainda nos dias de hoje.

De acordo com Lykouropoulos e Péchy (2016), a lógica da organização do cuidado e corresponsabilização pelos casos de saúde mental infanto-juvenil não se trata da divisão estanque, nem sobreposição de ações, visto que isto não configura o princípio da intersectorialidade. O importante é que cada equipe, serviço, instituição ou setor cumpra com suas atribuições e competências qualificando a atenção de forma horizontal de cuidado. Nessa perspectiva, há um apontamento sobre a rede

intersetorial que reflete diretamente na saúde mental infanto-juvenil, que são o desmonte das políticas públicas de responsabilidade do Estado. Especificamente, esta é apontada por profissionais do serviço de atenção psicossocial, pois referem-se o desmonte e precarização da política de assistência social nos seus níveis de proteção social que impactam diretamente na atenção psicossocial infanto-juvenil, demonstrado na fala a seguir do profissional (02).

Ah, e outra, a gente tem, já algum tempo que a gente tem feito, é assumindo o papel de alguns serviços que não estão dando conta, não fazem, como o CRAS, né.

Que deveria acompanhar as famílias. O CREAS que deveria, a questão da violência e a gente não tem, né, não tem como encaminhar, as vezes tu precisa desse suporte lá no território e não tem, não sei o que houve, não sei, cadê, né.

Estes questionamentos dos profissionais da inexistência da política de assistência social e sua atuação na rede, de suas atribuições e competências, vêm exacerbando a demanda da patologização da questão social. Além de abarcarem essas demandas de proteção social, desconfigura a real função do CAPS i no cuidado em saúde mental, por vezes, não alcançando o/a usuário/a em sofrimento psíquico grave no território. A dimensão de possuir um serviço como CAPS i uma equipe interdisciplinar traz potencialidades já apontadas para a construção do PTS, porém também traz desafios de afirmar quais demandas esta equipe deve atender. Todavia, é na perspectiva da reforma psiquiátrica que se rompe com o modelo biomédico e psicologizante da questão social para um modelo psicossocial pautado no reconhecimento da cidadania e da subjetividade na produção da loucura (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 374). Nesse sentido, o serviço social possui um papel diferenciado para complementar a equipe interdisciplinar no CAPS i com vistas à promoção de rede na articulação dos direitos sociais. Os profissionais do serviço de atenção psicossocial infanto-juvenil apontam a maior fragilidade de articulação com a política de assistência social, em até mesmo assumir demandas que não o compete como saúde mental, em situações de agravos do sofrimento psíquico por negligência da política intersetorial de proteção social. Isso demonstra o desmonte das políticas públicas rebatendo no cotidiano da gestão, do cuidado e do controle social.

Entretanto, outras ações intersetoriais da atenção psicossocial em interface com as políticas públicas demonstram as potencialidades da construção do PTS na rede. A interface a seguir demonstra a articulação entre a saúde mental infanto-juvenil e a educação em nível de município, na fala do profissional (05):

Na educação, na educação a gente assim cresceu muito de uns anos pra cá e a gente criou uma parceria muito boa, tanto pra educação, tanto pra nós, saúde, porque, [...] filtrou muito o fluxo de pessoas que vinham pro CAPSi, e além dos atendimentos que a gente faz junto com o PRAEM nas escolas [...] Sempre que a gente precisa do apoio do PRAEM pra atender nossos usuários, o PRAEM tá ali junto, a Secretaria de Educação [...] na educação a parceria foi muito.

Em relação ao trabalho PRAEM - CAPSi é uma potencialidade enorme.

A parceria de rede destacada é fruto de uma articulação intersetorial, em que profissionais do CAPS infanto-juvenil atuam em reuniões de apoio nas escolas do município. Além disso, demonstra a potencialidade da proximidade e reconhecimento desses setores, operacionalizando assim a intersetorialidade, significando a corresponsabilização dos espaços e comprometimento com a rede que se atua. A própria organização de fluxo demonstra o que se pode conhecer e estabelecer como apoio da rede intersetorial, quando se conhece a demanda evitando a patologização da infância e adolescência no âmbito escolar. Nesse sentido, a equipe do serviço de saúde mental reconhece as potencialidades e também as fragilidades. O assistente social atuando nesta equipe vai proporcionar reflexões e intervenções que potencializa a articulação de rede, porém não é exclusivo ao profissional de serviço social.

Contudo, é necessário destacar o objeto de trabalho do/a assistente social nas expressões da questão social, tendo como princípio o conceito ampliado de saúde nos seus determinantes sociais que compõe a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Lei 8.080/90 - SUS). Assim como o destaque na saúde mental o assistente social tem o dever o rompimento de qualquer forma de discriminação e violação do direito humano de usuários/as em sofrimento psíquico e suas famílias, na defesa do acompanhamento e cuidado em liberdade, princípios estes inscritos no Código de Ética do/a Assistente Social (BRASIL, 1993). Esta defesa materializa-se na construção do PTS com o olhar da totalidade sobre o cotidiano dos usuários/as e suas famílias na articulação da rede intersetorial, onde desta forma possa se construir projetos de vida e cidadania. Sendo assim,

a importância do serviço social na saúde mental cresceu, ainda mais, com a inclusão dos usuários e familiares nas políticas, ações de cidadania e ações de direitos do sujeito e na questão social que vivencia o usuário e sua família. Hoje essa realidade mudou para melhor atender o sujeito com transtorno mental enquanto sujeito portador de direitos (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 274).

A relevância da pesquisa diante deste dispositivo, o Projeto Terapêutico Singular, na construção do cuidado em interface com a rede intersetorial através da análise da categoria profissional de serviço social demonstra a atuação na saúde mental como campo de resistências e defesa de direitos há tantos anos negados pelo modelo manicomial. Destes apontamentos da relação entre potencialidades e fragilidades com a rede intersetorial, obteve-se reflexos na política de assistência social na fragilidade quanto a sua inexistência de atuação que sobrecarrega o serviço de atenção psicossocial, quanto a potencialidade da parceria na educação que possibilitou avanços na articulação entre saúde mental e educação. O assistente social frente a sua atuação profissional vai intervir no campo da saúde mental na interface com a questão social através do envolvimento do usuário nos seus direitos como cidadão. No CAPS i isto se torna evidente através do reconhecimento da autonomia e potencialidade na construção do PTS com os/as usuários/as e familiares a partir da atuação da equipe interdisciplinar e da importância do assistente social que possui o olhar da totalidade.

O assistente social vai impactar no dispositivo do PTS, sendo indissociável a defesa antimanicomial no fomento da atenção psicossocial infanto-juvenil, a partir dos dispositivos teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativos, as ferramentas necessárias para a construção, proposição e articulação nos diferentes espaços de atenção ao usuário (GOMES; DRAVANZ, 2010, p. 241). Ou seja, as dimensões da categoria profissional vão estar atreladas ao processo de trabalho na saúde mental na composição da totalidade e das contradições encontradas para o enfrentamento das expressões da questão social em vista da participação e a autonomia dos usuários e familiares no seu processo de PTS.

Quanto às dificuldades da inserção em outros cenários do PTS, tanto o usuário quanto sua família, a equipe possui a dimensão dos desafios frente à defesa antimanicomial em contraponto à realidade social de estigmas e preconceitos acerca do/a usuário/a da saúde mental, esta afirmação encontra-se a seguir na fala do profissional (01):

Que tem essa ideia ah, contra os manicômios, contra estar fechado, mas parece que se impede toda a tentativa de inclusão.

Então e como se deixasse, a ta lá no Caps, né, é louco fica lá no Caps, então, todas essas tentativas, né apresentam dificuldades assim, né de inseri.

De acordo com este relato, percebe-se que, para os trabalhadores da saúde mental, são perceptíveis a discriminação e os entraves da articulação da rede intersetorial na composição do PTS. Observa-se que um sujeito acometido de transtorno mental fica suscetível às discriminações na vida social, familiar e no acesso a outras políticas públicas (OMS, 2002, p. 57). Neste enfrentamento, a equipe interdisciplinar precisa estar atenta para o efetivo direito de convivência na sociedade ao alcance dos dispositivos interssetoriais e é onde o assistente social possui terreno farto no enfrentamento para o acesso de usuários e familiares, isto como direito social.

É no desvelamento do cuidado em saúde mental através do PTS que se vão explorar outras formas de convívio na rede, desconstruindo que o espaço do usuário de saúde mental saia do hospital psiquiátrico e se minimiza no CAPS. Nessa perspectiva, ao finalizar a importância do PTS na saúde mental infanto-juvenil, os profissionais destacam o significado deste dispositivo de cuidado, planejamento e gestão compartilhada no serviço de saúde, através dos relatos dos profissionais (01) e (02):

É valorizar o sujeito, do que tu ta ali pensando com ele e com os familiares e com a escola, né todo mundo, se ocupando daquele sujeito que naquele momento precisa, né de apoio [...] levando em conta o que ele deseja, pra pensa assim um projeto de vida [...] É muito triste a gente ver isso em casos de depressão [...] quando não se tem projeto de vida, não tem nada [...] então eu acho que isso é fundamental, ter um projeto de vida, é fundamental para nossa saúde mental, e a gente auxilia, né, ah, ao sujeito a encontrar isso [...] fazer o plano terapêutico né, já ajuda ele se enxergar enquanto sujeito, enquanto sujeito desejante. Então eu acho que tá diretamente relacionado com a nossa saúde mental, quem não tem um projeto de vida, não tem saúde mental, né.

É o resgate da, do que ele tem de valor, né, no indivíduo [...] como um plano de voo, tu precisa sair de um determinado ponto pra tentar chegar naquele, então tu traça, é norteador isso,

tanto pra equipe, como para o indivíduo. [...] não da pra pensar que é uma coisa, também assim, estanque. Ela se transforma, o indivíduo se transforma.

A vida é dinâmica.

Crianças daqui a pouco são adolescentes, a demanda é outra [...] do jovem aprendiz né [...], que foi um ganho também, que foi muito, que parece assim nos deu, né, junto com o, fazer parte do PTS mesmo. PTS ele vai, desde criança até passar a ser e adolescente [...] poder ter suas asas e poder, né ter a autonomia que a gente pensa [...]. Então, pra saúde mental eu acho que é fundamental mesmo.

Destarte, o PTS na saúde mental significa ter um projeto de vida, sendo que aquele que não possui esse projeto não possui saúde mental. A projeção do PTS na saúde mental infanto-juvenil vem de encontro a desafios, tanto do próprio olhar da saúde mental na sociedade, quanto ao público infanto-juvenil atendido no serviço de saúde e suas famílias. Estas mesmas famílias e usuários são sujeitos de direitos que usufruem das políticas públicas de educação, assistência social, inclusão do trabalho, moradia, saneamento básico, etc., mas que precisa ser dito e articulado na instância intersetorial das políticas públicas para o acesso e viabilidade dos direitos. Frente às análises na construção do Projeto Terapêutico Singular no CAPS i e dos seus reflexos frente à rede intersetorial consolidar-se-ão as considerações na oportunidade de não cessar a discussão, mas dinamizar as apreensões sobre a temática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado neste artigo, por meio do dispositivo Projeto Terapêutico Singular, proporcionou a materialização da luta antimanicomial, tendo como propósito o cuidado em liberdade e respeito à singularidade dos/as usuários/as em sofrimento psíquico e de suas famílias. A partir dele, foi possível perceber que, para os profissionais do serviço de atenção psicossocial, a construção do PTS é fundamental para o processo de trabalho, já que esse é cercado de desafios, tal como a integração das famílias e dos usuários/as. A proposta aqui referida pela residente é a fomentação da integração dos/as grupos, ambiência e assembleias, pois são consideradas estratégias de aproximação e informação aos familiares e usuários/as para o cuidado em saúde mental.

Sobre a rede intersetorial, há ainda desafios a serem percorridos com relação à interlocução com a política de assistência social, pois demanda organização em nível setorial para que possa sustentar o trabalho na rede intersetorial. Assim, considera-se essa, prioridade no atendimento de proteção social a crianças e adolescentes.

Como demanda mais urgente, identificou-se a desconstrução da patologização da questão social e da vulnerabilidade social, que possui porta de entrada no CAPS i atualmente. Destarte, tendo uma implicação no serviço de atenção psicossocial, pois pode perder seu direcionamento ao público

específico e no seu atendimento que é de saúde mental grave. Dessa maneira, tem-se como estratégia dos profissionais, buscar vias de articulação com a política de assistência social.

O apoio matricial é considerado outro dispositivo a ser potencializado em nível de atenção setorial, pois é uma ferramenta de articulação da gestão do cuidado no território, vinculado a atenção primária em saúde.

O modelo de atenção psicossocial mostra-se não estar pronto, tornando-se complexa a sua execução cotidiana, pois ainda há resquícios manicomiais de estruturas físicas e mentais que ainda prevê o sujeito com sofrimento psíquico no confinamento e aprisionamento. Ainda, há contradições previstas neste contexto, pois, ao estabelecer os dispositivos substitutivos antimanicomiais, no caso, os CAPS, ainda se verifica o encapsulamento dos sujeitos. Desta forma, todo o cuidado é pouco em um CAPS infanto-juvenil, onde se destina à saúde mental de crianças e adolescentes.

A construção do PTS na perspectiva dos profissionais frente aos desafios da rede interssetorial se traduz, seguindo os termos utilizados pelo profissional (2), como um “plano de voo, com ponto de partida e onde se deseja chegar no resgate do valor humano”, isto através de várias mãos, sendo estes: dos profissionais, usuários, familiares e da rede interssetorial.

Um dos deveres da residente, ao ingressar num programa, é viabilizar propostas que venham a ser construtivas e instituídas no serviço onde realizou sua prática profissional. O alicerce da formação é o engajamento ensino-serviço, o que possibilitará a reafirmação de um Sistema Único de Saúde qualificado e viabilização da Reforma Psiquiátrica, levando em consideração dispositivos de gestão, atenção e educação permanente na saúde.

Por fim, na elaboração deste artigo, foi revelado um cenário sombrio de retrocessos na conjuntura política brasileira, pois, através de um governo ilegítimo, obteve-se mais um golpe na mudança da Política Nacional de Saúde Mental, acarretando no retorno do hospital psiquiátrico como espaço de cuidado, dentre outros retrocessos. Assim, reafirma-se a importância do CAPS como modelo substitutivo do modelo de atenção à saúde mental e a articulação do Projeto Terapêutico Singular com a rede interssetorial. O trabalho apresenta um potencializador para a articulação política de gestão e de cuidado em saúde mental, em consideração aos já 30 anos de Luta Antimanicomial.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **[Clínica] e a Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **D.O.U.**, Brasília, 191-A de 05 de outubro de 1988. p. 1. Disponível em: <<https://bit.ly/2Dc8zmN>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **D.O.**, Brasília, 16 de julho de 1990a, p. 13563.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção da saúde... **DOFC**, Brasília, 20 de setembro de 1990b, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **D.O.U.**, Brasília, 08 de junho de 1993, p. 7613.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial... **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 20 de fevereiro de 2002, p. 22.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **Cuidar sim, excluir não**: livro de recursos sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2PaQ7kF>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/1b1oBgO>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial**. 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de dezembro de 2011.

..... **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/20ZpTyq>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

CADORE, C. **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** as percepções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad). 2012. 85 fl. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

CAMPOS, G. W. Projeto Terapêutico e estratégias de promoção em situações de Apoio Matricial. In: CAMPOS, Gastão Wagner. **Investigação sobre Cogestão, Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec: Fabesp, 2017. p. 103-111.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

FALER, C. **Intersetorialidade:** um conceito em construção. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

GAGNETEN, M. M. **Hacia una metodologia de sistematizacion de la practica**. Buenos Aires, Argentina: Humanas, 1987.

GOMES, B.; DRAVANZ, G. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, 2010.

HAHN LÜCHMANN, L. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-409, 2007.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. O que é um CAPSI? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. (Org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016.

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. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

PEREIRA, K. Y. de L.; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114-127, 2013.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social e Sociedade** [online], n. 118, p. 366-393, 2014.

VASCONCELOS, M. G. et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 313-323, 2016.

