



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**SABRINA LUANA PEREIRA**

**PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ACERCA DA CONSTRUÇÃO DE  
PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

**MESTRADO PROFISSIONAL**

**Florianópolis  
2016**



Sabrina Luana Pereira

**PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ACERCA DA CONSTRUÇÃO DE  
PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Fatima Büchele Assis.

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Sabrina Luana

Práticas em saúde mental e atenção psicossocial acerca da construção de projetos terapêuticos singulares : uma revisão integrativa / Sabrina Luana Pereira ; orientadora, Fatima Büchele Assis - Florianópolis, SC, 2016.

85 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Projeto terapêutico singular. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. Revisão serviços de saúde mental. I. Assis, Fatima Büchele. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL

**"Práticas em saúde mental e atenção psicossocial acerca da construção de projetos terapêuticos singulares: uma revisão integrativa".**

**Sabrina Luana Pereira**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE  
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Uso e Abuso De Substâncias**

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial

**Banca Examinadora:**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fátima Büchele Assis (Presidente)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Daniele Farina Zanotto (Membro)

Prof. Dr. Fabricio Augusto Menegon (Membro)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sheila Rubia Lindner (Membro)



## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Doroti e Juarez, que sempre priorizaram educação e estudos em minha vida, e me ensinaram a importância do conhecimento.

Às minhas irmãs, Luciane e Najara, que me inspiraram como exemplos de mulheres e inteligência.

Ao meu irmão, Guilherme, por me receber e me acolher em sua casa e me ouvir em todos os momentos que precisei.

À Sandra, minha grande incentivadora e motivo maior da minha busca por tentar melhorar a cada dia.

Aos meus colegas de mestrado, especialmente Cristina, Vanessa e Gabriela que dividiram comigo os melhores momentos assim como os mais difíceis, e me ensinaram muito.

Especialmente à minha Orientadora, Dr<sup>a</sup> Fátima, por ser tão atenciosa, acolhedora e generosa em dividir seu conhecimento comigo.



## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo conhecer os Projetos Terapêuticos Singulares, construídos nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, com base nas publicações científicas brasileiras. Para alcançar o objetivo, no período de fevereiro a abril de 2016, realizou-se uma revisão integrativa nas seguintes bases de informações bibliográficas: SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Biblioteca Virtual em Saúde – BVS – LILACS e Google Scholar. Na busca utilizaram-se combinações em português com os termos "Projeto Terapêutico Singular", "Equipe Multidisciplinar", "Caps" e "Centro de Atenção Psicossocial". Foram selecionadas para análise vinte e quatro estudos publicados entre os anos de 2007 e 2016. Além destes estudos foram utilizados teses, dissertações, livros e publicações independentes, buscadas em bases de informações bibliográficas, bibliotecas e acervo pessoal. A maior concentração de publicações foi encontrada na base de dados Google Scholar (58,33%). As Equipes de Centros de Atenção Psicossocial foram temas centrais em 78,5% dos estudos, já o matriciamento e os serviços de atenção primária foram foco de 21,4% das publicações. Todos os pesquisadores utilizaram como base a Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial para fundamentar seus estudos. Observa-se que a maior concentração dos estudos selecionados corresponde à região Sudeste do Brasil (37,5%). Trata-se, na maior parte dos estudos, de pesquisas de abordagem qualitativa (91,6%) e foram identificados dezesseis métodos diferentes selecionados pelos pesquisadores, sendo o método Exploratório Descritivo o mais frequente, empregado num total de quatro estudos. Os Centros de Atenção Psicossocial foram os locais mais escolhidos para a realização das pesquisas. Destacamos a importância da discussão dos dados com diversos referenciais teóricos, pois a análise isolada, por qualquer que seja a área, corre o risco de ser tendenciosa e assim, fragilizar os resultados.

**Palavras-chave:** Projeto Terapêutico Singular. Centro de Atenção Psicossocial. Revisão Serviços de Saúde Mental.



## ABSTRACT

The main goal of this research is, based on Brazilian scientific publications, to know the device known as Singular Therapeutic Project that is been built by the mental and psychosocial health care services. In order to achieve this aim, we conducted an integrative literature revision, from February to April of 2016, through the following bibliographic database: SciELO (Scientific Electronic Library Online), Publication Portal of CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Virtual Health Library - LILACS (index of scientific and technical literature of Latin America and the Caribbean), and Google Scholar. Combinations of Portuguese words such as “singular therapeutic project”, “multidisciplinary team”, “caps” and “psychosocial attention center”, were employed on the search. Twenty-four published studies from 2007 to 2016 were selected to be analyzed. We also have analyzed theses, dissertations, books, and independent publications, which we have gathered through bibliographic information bases, libraries and personal collection. Most publications were found in Google Scholar database (58,33%). Teams of Psychosocial Attention Center are the central issue in 78,5% of the studies, while Matrix Support and Primary Health Care in 21,4% of the publications. All researchers employed the Psychiatric Reform and Psychosocial Attention to fundament their studies. We notice that most of selected studies were conducted in the Brazil southeast region (37,5%). Besides, most studies employed a qualitative approach (91,6%). In addition, the researchers selected different methods, sixteen in total, being the exploratory-descriptive the most frequent, found in four studies. Most often, the Psychosocial Attention Center is the place selected to conduct those researches. We impute as crucial basing the discussion on diverse theoretical reference, since an isolated analysis tend to be biased, risking the quality of results.

**Keywords:** Singular Therapeutic Project. Psychosocial Attention Center. Review Mental Health Services.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da revisão integrativa sobre projeto terapêutico singular. ....	77
---	----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organização dos protocolos de busca segundo base e número de estudos recuperados.....	38
--	----



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de estudos publicados segundo o ano.....	43
Tabela 2 - Número de artigos segundo área de estudo das revistas.....	44
Tabela 3 - Número de estudos segundo região do Brasil. ....	44
Tabela 4 - Número de publicações, segundo tipo de publicação.....	44
Tabela 5 - Número de estudos segundo a abordagem. ....	45
Tabela 6 - Número de estudos segundo o método utilizado, conforme definição dos autores. ....	45
Tabela 7 - Número de estudos, segundo local de estudo.....	46
Tabela 8 - Número de estudos, segundo objetivos centrais.....	46
Tabela 9 - Organização dos estudos segundo a base de dados e temas. ....	47
Tabela 10 - Organização dos estudos de acordo com a base de dados, nome do estudo e autores, ano de publicação, tema central e categorias.....	78



## **LISTA DE SIGLAS**

UFSC	– Universidade Federal de Santa Catarina
SMAPS	– Saúde Mental e Atenção Psicossocial
PTS	– Projeto Terapêutico Singular
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
RAPS	– Rede de Atenção Psicossocial
AM	– Apoio Matricial
PNH	– Política Nacional de Humanização
AP	– Atenção primária
SUS	– Sistema Único da Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
ESF	– Estratégia Saúde da Família
OMS	– Organização Mundial de Saúde
WHO	– World Health Organization
MTSM	– Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	27
3.1	SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....	27
3.2	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	28
3.3	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	31
3.4	EQUIPES DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	34
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	37
4.1	PROTOCOLO DE BUSCAS .....	38
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	40
<b>4.2.1</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	40
4.3	ORGANIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL .....	41
4.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	41
	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	43
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	65
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	69
	<b>ANEXO A – Fluxograma da Revisão Interativa sobre Projeto Terapêutico Singular</b> .....	77



## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente o conceito de saúde mental passou por transformações e ganhou amplitude, além da ideia de doença mental. No Relatório Mundial de Saúde de 2001, a então diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) Gro Harlem Brundtland fez a seguinte declaração:

A OMS está a fazer uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada durante demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. (OMS, 2001, p. 11)

Sob esta ótica as Políticas de Saúde Mental no Brasil foram construídas. Impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica (RP), as ações em saúde mental passam a ser pensadas para a valorização da pessoa em sofrimento psíquico e resgate da cidadania (RODRIGUES et al., 2016).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) surge como uma ferramenta que contribui para efetivar as mudanças aspiradas no campo da saúde mental. No Brasil o PTS é introduzido primeiramente no âmbito hospitalar que, por meio da Portaria n.º 147, de 25 de agosto de 1994, estabelece ações para pessoas com transtornos mentais;

[...] essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contrarreferência que permita o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência

prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito. (BRASIL, 1994).

Esta nova lógica, de prestar atenção aos usuários dos serviços de saúde mental e atenção psicossocial (SMAPS), favoreceu o aumento da oferta de cuidado extra-hospitalares, com a criação de serviços substitutivos. Nesse sentido, a Política de Saúde Mental recomenda que os PTS sejam desenvolvidos a partir das necessidades expressadas por cada usuário e que priorizem a inserção social por meio de ações que envolvam educação, cultura, esporte e lazer. (BOCCARDO et al., 2011).

Porém, houve um longo caminho percorrido na história da saúde mental para que o atual contexto dos serviços substitutivos fosse viabilizado. Philippe Pinel, psiquiatra francês, à frente da direção do Hospital Bicêtre, na França, em 1793, foi um dos protagonistas do movimento que desacorrentou os loucos e abriu as portas do hospital. Com esta atitude passou a dar a impressão de liberdade aos internados, já que a partir desta condição estes sujeitos poderiam ir e vir dos hospitais psiquiátricos. O que não era esperado, contudo, foi a falta de opção enfrentada por estas pessoas que ao longo da vida se institucionalizaram a tal ponto que perderem suas referências pessoais e a capacidade de autonomia. Criou-se o cenário livre de grades e correntes dando lugar ao imperialismo terapêutico, segundo Amarante, representado por loucos livres, porém institucionalizados. (AMARANTE, 1995).

O alienismo proposto por Pinel ganhou o mundo, principalmente após a primeira lei de assistência aos alienados, em 1838, garantindo a abertura de vários hospitais psiquiátricos em diferentes países, que passaram a reproduzir as estratégias e métodos adotados de isolamento, segregação e tratamento moral (AMARANTE, 2013).

Inicialmente é importante observar que a psiquiatria como atualmente a conhecemos nasceu com o nome de alienismo. Essa foi a denominação dada por Pinel à ciência dedicada ao estudo da alienação mental. Reconhecido como o pai da psiquiatria, uma enorme quantidade de hospitais psiquiátricos em todo o mundo leva seu nome; nome esse que também virou sinônimo popular e pejorativo de "louco" em muitos países. A expressão "alienado" tem a mesma origem etimológica de alienígena, alien, estrangeiro, de fora do mundo e da realidade. (AMARANTE, 2006, p. 30).

Visando a reformulação do modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, a partir da metade do século XX, na Itália, o psiquiatra Franco Basaglia questiona e critica os modelos disciplinadores baseados em valores morais no tratamento dessas pessoas. Desta forma dá início às transformações na atenção psiquiátrica, criando espaço para o desenvolvimento de uma relação mais humanizada entre médico e paciente.

Por influência das mudanças ocorridas na Itália, no final da década de setenta no Brasil, a Reforma Psiquiátrica começa a se constituir por iniciativa de trabalhadores em saúde mental, e posteriormente agregaram-se familiares, sanitaristas e pessoas com históricos de internação. Esse movimento ganha força em 1989 com o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que determina a extinção progressiva dos manicômios e substituição por serviços assistenciais. (AMARANTE, 1995). O projeto não se consolidou como lei, mas contribuiu para as discussões entre profissionais e comunidade, resultando na criação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que estabelece os direitos das pessoas com doenças mentais e atribui ao Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento da política de saúde mental (BRASIL, 2001).

No Brasil, a construção da Política de Saúde Mental busca garantir a defesa dos direitos, a melhoria da qualidade de assistência e a construção de respostas complexas diante das necessidades apresentadas pela população com transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em virtude dessas mudanças socioculturais e de percepções dos profissionais de saúde mental, hoje busca-se preservar a subjetividade e considerar as necessidades singulares destas pessoas, garantindo os direitos civis, como o acesso à saúde, proteção e liberdade. Os serviços utilizam como norteador do cuidado o projeto terapêutico singular, que foi absorvido pela área de saúde mental no modelo de atenção psicossocial (BOCCARDO et al., 2011)

O projeto terapêutico singular é uma ferramenta utilizada por grande parte dos profissionais de saúde mental, pois estimula o indivíduo a apropriar-se de fato de sua vida, participando do planejamento conjunto de ações que promovam a reinserção social e a autonomia (FERREIRA, 2014).

Essa prática demanda a aproximação entre o terapeuta e o usuário, exercitando a humanização dos serviços de saúde e valorizando a subjetividade de cada usuário acolhido. É preciso considerar as particularidades do sujeito e distanciar-se de padrões ou conceitos sobre modelos de qualidade de vida, para que o PTS promova o empoderamento do sujeito (FERREIRA, 2014).

Em busca da mudança do modelo de atenção, que anteriormente se colocava de maneira estagnada e impositiva, a construção do projeto terapêutico singular transformou as ações dos profissionais de SMAPS, tornando-as mais dinâmicas e resolutivas, o que contempla as reais necessidades apresentadas pelo usuário (CARVALHO et al., 2012).

É importante ressaltar que essa prática é fundamental no processo de emancipação dos sujeitos usuários dos serviços de saúde mental, rompendo o paradigma de relação vertical *médico-paciente*. Portanto, corrobora as propostas realizadas durante a RP, que estabelece intervenções que previnam e combatam a institucionalização (OLIVEIRA, 2007).

Como objeto da presente pesquisa configura-se, diante desse contexto, o desenvolvimento do projeto terapêutico singular por equipes de serviços de saúde mental e atenção psicossocial.

No contexto nacional esse assunto ainda é debatido discretamente entre os pesquisadores e em publicações brasileiras. Sendo assim é importante que se conheça o que as publicações nacionais têm explorado sobre as práticas profissionais em relação ao tema.

Desta forma, o estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: Como os Projetos Terapêuticos Singulares são construídos pelas equipes de serviços de saúde mental e atenção psicossocial?

## 2 OBJETIVOS

- a) Conhecer os projetos terapêuticos singulares construídos nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial por meio das publicações científicas brasileiras.
- b) Identificar nas publicações científicas brasileiras as práticas profissionais acerca da construção dos projetos terapêuticos singulares.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica da presente pesquisa tem em vista estimular algumas reflexões, iniciando com a contextualização da Reforma Psiquiátrica no Brasil, passando pela apresentação do Centro de Atenção Psicossocial, seguida pela Rede de Atenção Psicossocial, Equipes de Saúde Mental e do Projeto Terapêutico Singular.

#### 3.1 SAÚDE MENTAL NO BRASIL

É de fundamental importância contextualizar a saúde mental no Brasil, tendo em vista que esta pesquisa busca conhecer as práticas de equipes de saúde mental e atenção psicossocial desenvolvidas em território nacional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),

Saúde mental ou bem-estar psicológico é uma parte integrante da capacidade de um indivíduo para liderar uma vida plena, incluindo a capacidade de formar e manter relações, para estudar, trabalhar ou prosseguir interesses de lazer, e para fazer o dia-a-dia decisões sobre a educação, o emprego, a habitação ou outras escolhas (WHO, 2013, p. 7).

Em 1841 foi construída a primeira instituição designada para pessoas com sofrimento mental, o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, que era basicamente coordenado por instituições religiosas, e depois desta foram construídas dezenas de instituições pelo Brasil.

Porém, não contentes com esses modelos e práticas, surge uma organização de trabalhadores de saúde mental, a qual culmina na formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que questiona e critica os tratamentos oferecidos pelas instituições asilares. Esse movimento começa a dar forma ao pensamento crítico frente ao modelo manicomial e surge a possibilidade de inversão desse modelo por meio da desinstitucionalização. Os trabalhadores promovem, então, ações culturais, científicas e educativas com o objetivo de sensibilizar e reunir pessoas que pudessem fortalecer e lutar pela causa (AMARANTE, 1995).

Em meio a esse processo, o Brasil passa por um período de redemocratização que culminou com a formulação da Constituição

Federal de 1988. A nova constituição instituiu o Sistema Único de Saúde por meio da Lei n.º 8.080 que é promulgada em 1990 e adota os princípios da universalidade de acesso, integralidade de assistência, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, e a equidade na distribuição dos recursos (SOUZA, 2002). Consta no Art. 2º que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990).

No âmbito legal, especificamente sobre saúde mental no Brasil, o protagonista das mudanças foi o Deputado Paulo Delgado. Em 1989 ele criou um projeto de lei que após doze anos foi aprovado, sendo promulgada a Lei 10.216, em 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001). Esta lei determina as mudanças no cenário psiquiátrico brasileiro, propondo um atendimento mais humanizado às pessoas em sofrimento mental, além de interação com a comunidade, implantação de serviços substitutivos à internação, e ainda regulamenta as internações compulsórias (BARROSO, 2011).

Estes serviços substitutivos são nomeados inicialmente como Núcleos de Atenção Psicossocial e posteriormente como Centros de Atenção Psicossocial. Atualmente no Brasil há mais de dois mil destes centros em funcionamento (BRASIL, 2015).

### 3.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que emergiu, priorizando a relação do indivíduo com a sociedade, inserido na convivência familiar e exercício da cidadania. Conforme apresentamos anteriormente, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico e eliminar a existência de manicômios no Brasil, foram criados serviços substitutivos, nomeados de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, instituídos por meio das portarias nº 189/91 e nº 224/92 (AMARANTE, 2007). São dispositivos de caráter aberto e comunitário, compostos por equipes multidisciplinares que oferecem cuidado clínico e de reabilitação psicossocial às pessoas com grave comprometimento psíquico (BRASIL, 2004).

Superando o modelo de reabilitação, os CAPS constroem ações pautadas na Atenção Psicossocial, modelo este que contempla a integralidade da pessoa em sofrimento psíquico e a coloca na condição de

protagonista de seu estado psíquico. Segundo os autores Costa- Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 33), a atenção psicossocial

[...] vai se definindo por uma série de transformações no paradigma Asilar e Psiquiátrico, valendo-se de ações nas esferas político-ideológica e teórico-técnica. Suas ações político-ideológicas trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania, ao mesmo tempo sublinhando a particularidade da situação dos usuários dos serviços de Saúde Mental.

Fruto do movimento da luta antimanicomial e nascido no berço da Reforma Psiquiátrica, o Centro de Atenção Psicossocial é o dispositivo que inspirou a criação de outros serviços de atenção em saúde mental que, por meio de uma relação intersetorial compõe a Rede de Atenção Psicossocial onde habita a proposta de desinstitucionalização.

Estes serviços devem estar inseridos no território, englobar o cotidiano das pessoas atendidas e servir de referência para outras instituições de saúde e educação, além de garantir o exercício da cidadania. Os CAPS atuam por meio da perspectiva de atenção psicossocial, que preconiza a inclusão social e familiar, garantindo direitos de acesso à saúde, educação, inserção no mercado de trabalho e lazer.

Em 2011 foi instituída a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, por meio da **portaria N° 3.088**, com a finalidade de criação, ampliação e articulação dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas com sofrimento e ou transtorno mental e também àquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas. (BRASIL, 2011). O Art. 2º, da portaria n° 3.088 basicamente traça quais os eixos fundamentais a serem considerados na atenção e construção dos PTS, que são:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;

- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do **projeto terapêutico singular**. (grifo nosso)

A RAPS é constituída por sete componentes formados por pontos de atenção: Atenção Básica de Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Inseridos no ponto de atenção psicossocial especializada, os CAPS apresentam modalidades de atendimento e são implantados de acordo com a população. Territórios com número de habitantes a partir de setenta mil recebem atendimento do CAPS I, que abrange todos os transtornos mentais graves sem delinear idade dos usuários. Conforme a população aumenta os CAPS são implantados de acordo com as especialidades: infantil, álcool e drogas, e 24 horas.

Desta forma, a implantação dos CAPS e a ampliação da rede de atendimento em saúde mental são de interesse do Ministério da Saúde,

porém é necessário que, além dos serviços substitutivos, sejam pensados novos modelos de atenção aos usuários.

Nesse cenário, se coloca como central a discussão sobre a formulação e o desenvolvimento de projetos terapêuticos, pois através deles que se pode materializar e concretizar o conjunto de diretrizes propostas pela nova política e assegurar aos sujeitos um contexto assistencial (...) capaz de promover a qualidade de vida (MÂNGIA; BARROS, 2009, p. 86).

Nesse sentido é importante discorrer sobre essa ferramenta no cuidado dos usuários que é o Projeto Terapêutico Singular.

### 3.3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O projeto terapêutico singular está se tornando o principal instrumento de trabalho utilizado pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, por contemplar a autonomia do usuário e contribuir para a reinserção social (FERREIRA, 2014).

As ações previstas e o tempo de permanência nos serviços de saúde mental devem ser planejadas no projeto terapêutico singular elaborado pela equipe multiprofissional. O PTS é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, resultante de discussões em equipe, podendo também receber apoio matricial.

Para o desenvolvimento mais completo de um PTS são consideradas todas as contribuições e pontos de vista dos profissionais da equipe, apontando a necessidade de ampliar as ações além das intervenções psiquiátricas e medicamentosas. Exige uma relação contratual entre cidadãos de direito, em saúde mental, que implica um posicionamento dialógico do (s) profissional (ais) da equipe terapêutica do serviço territorial (VIEIRA, 2011).

O Projeto Terapêutico Singular tem a mesma proposta do Projeto Terapêutico Individual, porém sua renomeação sugere a possibilidade de propostas estendidas a família ou grupos específicos e não somente limitadas ao indivíduo. A singularidade também esclarece a importância em destacar as diferenças entre as pessoas atendidas, considerar suas particularidades, já que os diagnósticos tendem a igualá-las. (BRASIL, 2008)

A elaboração do PTS é de responsabilidade da equipe multiprofissional de SMAPS junto ao usuário do serviço. É muito importante que nesse processo sejam identificadas as necessidades levantadas pelo usuário, pois nem sempre há compatibilidade de projetos entre a equipe e a pessoa em atenção. Quando isso ocorre é fundamental que os profissionais envolvidos valorizem os saberes e os anseios dos usuários, respeitando a singularidade e estimulando a autonomia. Além desta questão o PTS envolve o protagonismo do usuário a partir da contratualidade que define ações factíveis e a corresponsabilidade, que implica tanto na responsabilidade da equipe de profissionais quanto na do usuário, para executar as ações necessárias para atingir os objetivos do PTS (BRASIL, 2014).

Segundo Zerbetto (2011, p.103), “Tal projeto deve identificar e potencializar os recursos internos e externos dos usuários, possibilitando-lhes conduzir suas vidas e viver em sociedade, rompendo com o estigma o qual vivenciam.”.

Assim, “o projeto terapêutico singular é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de um Sujeito Singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade.” (OLIVEIRA, 2007, p. 91), entendendo que o PTS amplia sua atuação para além da clínica, e possibilita um projeto de vida.

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (2007), para a organização do projeto terapêutico singular, são estabelecidas quatro etapas; 1) Diagnóstico; 2) Definição de Metas; 3) Divisão de responsabilidade e 4) Reavaliação.

A primeira etapa é a busca da singularidade do usuário, o que pressupõe a realização de uma avaliação orgânica, social e psicológica como subsídio para compreender seus desejos, interesses, expectativas e aspectos familiares e culturais. A partir dessa etapa se desenvolve a segunda, e a equipe estabelece metas de curto, médio e longo prazo, que serão acordadas entre o usuário e o profissional da equipe que seja referência. A terceira etapa consiste em esclarecer qual a responsabilidade de cada um em desenvolver as ações previstas, e a quarta etapa refere-se à reavaliação do processo que pontua a necessidade de mudanças ou não (BRASIL, 2014).

De acordo com esta organização, a construção do PTS promove a participação ativa do usuário, visto que, mesmo anteriormente a esta condição é importante perceber o ser humano e todos os seus domínios, pois segundo Boccato et al., a “Cidadania é objetivo final das estratégias de cuidado e que esta finalidade só pode ser alcançada na singularização das necessidades promovidas pelo projeto terapêutico”. (2011, p. 87).

O PTS é uma ferramenta terapêutica que permite a participação ativa do usuário nas decisões sobre a sua própria vida e vem a corroborar as reformas em saúde mental vivenciadas atualmente. É uma proposta que contempla o discurso do usuário e respeita suas condições biopsicossociais, afasta a ideia do imperialismo terapêutico e cria relações cada vez mais dialógicas.

A partir da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde, apresentam-se práticas esperadas do que se chama de Clínica Ampliada (BRASIL, 2007), um modelo “contemporâneo” de atenção e promoção da saúde, incluindo sujeitos em sofrimento psíquico ou mental (AMARANTE, 2007, p. 67);

A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes (BRASIL, 2007, p. 3)

Deste modo, sugere práticas que, de certa forma, são fundamentais para a construção de um projeto terapêutico singular, como:

**A escuta:** acolher todos os relatos do usuário, mesmo que a priori pareçam informações inúteis ao diagnóstico e tratamento. Estimular o sujeito a expor suas crenças em relação aos motivos do adoecimento e assim evitar a infantilização e passividade diante do tratamento. **Vínculos e afetos:** identificar fatores que causem empatia e identificação entre usuário e profissional, de uma maneira a conhecer melhor a si e ao outro. Desta forma ajudar o usuário a lidar com a doença e adquirir autonomia. Nesta situação são muito importantes o técnico de referência e a equipe de referência para construir esta relação. **Trabalhar com ofertas e não apenas restrições:** mostrar aos usuários que as mudanças de hábitos representam novas experiências e não restrições. Mudar o foco das mudanças adotadas durante os processos de tratamento, como sendo positivas, pode facilitar a construção conjunta das propostas de PTS. **Perguntar ao usuário o que entendeu sobre a doença e medicação:** usar uma linguagem acessível ao usuário facilita o processo de adesão ao tratamento e oportuniza o empoderamento do usuário quanto as suas próprias condições. (BRASIL, 2007).

E o uso do PTS corrobora essa proposta já que se trata de uma ferramenta que envolve o usuário nas escolhas e decisões a partir da própria demanda.

Diante do exposto, ressalta-se a importância de conhecer os diversos arranjos dos PTS e, para tanto, é necessário dissertar sobre as equipes de saúde mental que utilizam, junto ao usuário, essa ferramenta.

### 3.4 EQUIPES DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Para discorrer sobre as equipes de saúde mental e atenção psicossocial, considerou-se importante partir da definição de equipe;

E.qui.pe **sf (fr equipe) 1** Conjunto de dois ou mais indivíduos que, juntos, tomam parte em uma competição esportiva. **2** Grupo de pessoas organizado para um serviço determinado; quadro, pessoal. **E. de som:** conjunto de profissionais que prepara os aparelhos e equipamentos necessários para um espetáculo musical, baile etc. **Var: equipo.** (michaellis)

e.qui.pe **s.f. 1** grupo de pessoas que trabalham em conjunto **2** time (HOUAISS; VILLAR, 2001)

A partir das mudanças no cenário político e social de atenção à saúde mental, a organização dos profissionais caminhou para novos arranjos das equipes, considerando que a atenção deixa de ser centralizada no conhecimento do médico psiquiatra, e passa a absorver outros saberes e outras especialidades, caracterizando as equipes multiprofissionais.

Uma das principais características do trabalho em saúde é o trabalho em equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional de saúde surge enquanto uma alternativa para efetivar o cuidado integral em saúde. Porém, necessitamos conhecer que processo multiprofissional é construído no interior dessas equipes (SALVADOR et al., 2001, p. 330).

Deste modo, os profissionais de distintas áreas de formação atuam no mesmo campo de trabalho, o que para a SMAPS pode significar um cuidado mais abrangente do usuário, nos mais amplos domínios de sua vida, e a diversificação dos papéis destes profissionais, empoderando outros saberes, além do biomédico.

Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos

outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa (PEDUZZI et al., 2013, p.978).

Outro modelo de interação de equipe é a interdisciplinaridade que é considerada uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum. Nesse caso, ocorre uma unificação conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas (VILELA; MENDES, 2003). A interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta para a efetivação e resolutividade dos serviços de reabilitação psicossocial, ajudando os profissionais a não perderem a noção de conjunto, fundamental para a construção de pontes que possibilitem saltos qualitativos no cuidado prestado (SCHNEIDER et al., 2009).

Em contrapartida, algumas vezes, quando não compete a sua área de especialização, ocorre certa negligência e desresponsabilização pelo usuário. À vista disto, programas de políticas públicas que atuam em situações multifacetadas e complexas, necessitam da interação e corresponsabilização de diversos profissionais, de diferentes áreas de atuação, com práticas que se voltem à integralidade do cuidado, e esta é obtida por meio da intersetorialidade e interdisciplinaridade (VASCONCELOS, 2002).

Por sua vez, a intersetorialidade refere-se à articulação de várias áreas da política pública, por interesses comuns, por meio de ações e planejamentos compartilhados. Pode ocorrer nos mais diversos níveis (plano macro, regional/local, e plano micro/local). No plano micro/local algumas propostas já vêm sendo desenvolvidas na saúde pública no país, como o apoio matricial, onde, além de suporte de uma equipe de área específica à outra, existe a responsabilidade compartilhada dos casos, através de ações conjuntas entre as equipes (VASCONCELOS, 2002).

De acordo com os conceitos apresentados em relação às características de equipe, pode-se afirmar que o uso da ferramenta PTS contribui para a formação desse modelo de trabalho dentro dos CAPS, pois parte do princípio da descentralização de saberes e rompimento com os modelos hospitalocêntrico e biomédico. Além disso, o PTS incorpora a noção de interdisciplinaridade que reúne a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões (ARAÚJO, 2015).

Os CAPS atuam com equipes multidisciplinares, que geralmente incluem terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais,

psicólogos, técnicos de enfermagem, psiquiatra e clínico geral. Esta equipe tem a responsabilidade de elaborar, em conjunto com o usuário e seus familiares, um projeto terapêutico singular e de acordo com o contexto cotidiano dos indivíduos (BOCCARDO et al., 2011).

## 4 MÉTODO

Esta pesquisa constitui-se de uma Revisão Integrativa definida pelas questões levantadas sobre o seu objeto, e que delimitaram a seleção dos estudos apresentados. Segundo MENDES et al. (2008, p. 759). “Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo”

O método de revisão integrativa permite que estudos com diferentes metodologias (experimental e não experimental) sejam incluídos em uma mesma pesquisa. Integrar opiniões, ideias e conceitos procedentes das pesquisas selecionadas é a ideia central que origina o termo “integrativa” (BOTELHO, 2011).

A Revisão Integrativa busca identificar, analisar e sintetizar resultados de diferentes estudos sobre o mesmo assunto. E, para desenvolver esta dissertação, foram percorridas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem da literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, resultados e discussões e conclusões (SOUZA, 2010).

As buscas nas bases de informações bibliográficas apresentaram estudos publicados no Brasil entre os anos de 2007 e maio de 2016. A escolha justifica-se pelas particularidades culturais e sociais do país neste período e pelo próprio sistema de saúde que incluiu essa modalidade de atendimento contemporânea, bem como pelo objetivo de retratar a realidade vivenciada por profissionais dentro destes contextos. Apesar de o Brasil ter sofrido influência das mudanças ocorridas na Itália com sua reforma psiquiátrica, não é possível compara-las diante de tanta diversidade econômica, cultural, social e política bem como com nenhum outro país.

Todo o material foi selecionado por meio das seguintes bases de informações bibliográficas: *Biblioteca Virtual em Saúde - BVS*, (que contempla outras fontes científicas como *LILACS*, *Coleciona SUS e MEDLINE*); *Portal de Periódicos da CAPES* (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior); *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* e *Google Scholar*.

Alguns estudos não estavam disponíveis na íntegra nas bases de informações bibliográficas utilizadas, nestes casos foi realizado contato direto com os autores ou bibliotecas responsáveis.

Além desse material, foram realizadas buscas em bases de informações bibliográficas, bibliotecas universitárias, acervo pessoal,

teses, dissertações, livros e publicações em congressos, que abordaram os temas definidos nesta revisão integrativa.

A seleção dos estudos foi realizada por três pesquisadores os quais analisaram individualmente esse material, estabelecendo os critérios de inclusão e exclusão necessários para atingir os objetivos da pesquisa.

#### 4.1 PROTOCOLO DE BUSCAS

Entre os meses de fevereiro e abril de 2016 foram realizadas buscas nas bases de informações bibliográficas de maneira aleatória quanto às palavras-chave. Após diversas combinações, foram identificados os descritores ou palavras-chave que apresentaram maior volume de publicações e que satisfizeram o objetivo deste estudo, citadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Organização dos protocolos de busca segundo base e número de estudos recuperados

<b>Base De Dados</b>	<b>Descritores</b>	<b>Busca</b>	<b>Resultados</b>
<b>BVS – Biblioteca Virtual Em Saúde</b>	"projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares"	tw:(tw:( "projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares") AND (instance:"regional")) AND (instance:"regional")	35
<b>Portal de Periódicos CAPES/ MEC</b>	"projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares"	"projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares"	18
<b>SciELO - Scientific Electronic Library Online</b>	"projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares"	"projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares"	12
<b>Google Scholar</b>	"projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares" AND "equipe multidisciplinar" OR "equipes multidisciplinares" AND "caps" AND "CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL"	"projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares" AND "equipe multidisciplinar" OR "equipes multidisciplinares" AND "caps" AND "centro de atenção psicossocial"	234

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

As bases estudadas estão apresentadas abaixo bem como suas características;

Biblioteca Virtual em Saúde – BVS - BIREME: A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi estabelecida em 1998 como modelo, estratégia e plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A coleção de fontes de informação do portal está composta de bases de dados bibliográficas produzidas pela Rede BVS e possibilita o acesso às seguintes bases: *LILACS*, *MEDLINE*, *BDENF* e *CINAHL*. Acesso: [www.bireme.br](http://www.bireme.br)

Nesta base de dados foram utilizadas as seguintes chaves de busca: "projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares" e resultou na seguinte busca pela base de dados:

*tw:(tw:("projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares")) AND (instance:"regional")) AND (instance:"regional")*

Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior): o Portal de Periódicos da CAPES é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção científica internacional. Conta com um acervo de mais de trinta e oito mil títulos com texto completo, cento e vinte e três bases referenciais, onze bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual. Acesso <http://www.periodicos.capes.gov.br>

Os descritores utilizados para esta base de dados foram: "projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares"

A Scientific Electronic Library Online (SciELO): É um projeto consolidado de publicação eletrônica de periódicos científicos seguindo o modelo de Open Access, que disponibiliza de modo gratuito, na Internet, os textos completos dos artigos de mais de duzentas e noventa revistas científicas do Brasil, Chile, Cuba, Espanha, Venezuela e outros países da América Latina. Além da publicação eletrônica dos artigos, provê enlaces de saída e chegada por meio de nomes de autores e de referências bibliográficas. Também publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas. Acesso [www.scielo.org/](http://www.scielo.org/)

Os descritores utilizados para esta base de dados foram: "projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares" [TODOS OS INDICES]

Google Scholar: É uma ferramenta do Google que permite acessar trabalhos acadêmicos, jornais, revistas e artigos. O Google Acadêmico fornece uma maneira simples de pesquisar literatura acadêmica de forma abrangente. É possível pesquisar várias áreas e fontes em um só lugar: artigos revisados por especialistas, teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, universidades e outras entidades acadêmicas. Acesso: <http://scholar.google.com.br/>

As palavras-chave que resultaram no maior número de publicações foram as seguintes: "projeto terapêutico singular" OR "projetos terapêuticos singulares" AND "equipe multidisciplinar" OR "equipes multidisciplinares" AND "caps" AND "centro de atenção psicossocial"

## 4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para seleção dos estudos, foram adotados alguns critérios de inclusão:

- a) Estudos nacionais que abordaram o assunto Projeto Terapêutico Singular no âmbito da Saúde Mental e Atenção Psicossocial.
- b) Estudos nacionais que relataram práticas profissionais sobre Projetos Terapêuticos Singulares.

### 4.2.1 Critérios de exclusão

- a) Estudos oriundos de revisões de literatura;
- b) Estudos que não tenham relação entre Projeto Terapêutico Singular, Saúde Mental e Equipes de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.
- c) Estudos que trouxeram só os resumos ou sem acesso na íntegra mesmo após buscas por contato direto com o autor.
- d) Estudos que tratavam de PTS relacionado a tratamento de outras doenças não relacionadas à saúde mental e atenção psicossocial.

### 4.3 ORGANIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO MATERIAL

Após localização dos estudos foi realizada uma leitura do título e do resumo, para garantir que os selecionados tratassem do tema pesquisado. Em seguida foram selecionados os que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão (fluxograma 01). A segunda parte da análise foi bibliométrica, tendo em vista o número de estudos selecionados em cada base de dados e suas variáveis quanto às características dos estudos, considerando ano de publicação, região dos estudos, área de concentração das revistas encontradas, tipos de publicações, métodos utilizados, locais e objetivos dos estudos selecionados.

Após analisados os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados vinte e quatro estudos. Foi construída uma tabela (tabela 10) como forma de organização dos dados e de classificação do material conforme o ano de publicação e a base de dados. Na continuidade, foi realizada uma leitura exaustiva dos textos, iniciando assim a análise qualitativa dos dados.

### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada utilizando a abordagem qualitativa. Sendo o objetivo nesse sentido, buscar os significados presentes e suas principais variáveis.

Para tal foram utilizados os passos operacionais propostos por Minayo (2010), adaptados a revisão integrativa do estudo que inclui: ordenação, classificação dos dados e análise final.

Na **ordenação** foram selecionados os estudos incluídos construindo-se uma tabela que ofereceu um panorama geral dos estudos encontrados e que facilitou a leitura e classificação do material investigado (tabela 10). A **classificação** dos estudos foi estabelecida a partir da leitura e identificação das informações relevantes e pertinentes aos critérios de inclusão do conteúdo, adequando-os aos objetivos da pesquisa e posteriormente para definição dos temas centrais. A **análise** foi realizada a partir desses temas, contextualizando-os com a literatura pertinente.



## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionadas para esta pesquisa vinte e quatro publicações. Em um primeiro momento apresentaremos a análise de dados bibliométrica dos estudos selecionados e na sequência à análise do conteúdo encontrado.

Estes estudos foram produzidos e publicados entre os anos de 2007 e maio de 2016 (Tabela 1), sendo a maior concentração em 2014 (25%), dado importante que indica que o estudo desta ferramenta é recente. Foram encontradas sete revistas que abordaram o tema saúde mental, a maioria na área de concentração em Psicologia (29,4%), seguida pela Enfermagem (23,5%) e Saúde Pública (23,5%) conforme Tabela 2. Em relação ao idioma dos estudos, 100% foram publicados em português.

Tabela 1 - Número de estudos publicados segundo o ano.

Ano	n	%
2007	1	4,2
2008	1	4,2
2010	1	4,2
2011	5	20,8
2012	2	8,3
2013	3	12,5
2014	6	25
2015	4	16,6
2016	1	4,2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Tabela 2 - Número de artigos segundo área de estudo das revistas.

Área de estudos das revistas	n	%
<b>Psicologia</b>	5	29,4
<b>Saúde Pública</b>	4	23,5
<b>Enfermagem</b>	4	23,5
<b>Terapia Ocupacional</b>	1	5,9
<b>Medicina</b>	1	5,9
<b>Saúde Coletiva</b>	1	5,9
<b>Políticas Públicas</b>	1	5,9
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

As regiões com a maior concentração de estudos produzidos são Sudeste (37,5%), principalmente no Estado de São Paulo, e Nordeste (29,2%), especificamente no Estado do Ceará, seguida pela região Sul, representada por 20,8% dos estudos e a região Centro-Oeste com 12,5%.

Tabela 3 - Número de estudos segundo região do Brasil.

Região	n	%
<b>Sudeste</b>	9	37,5
<b>Nordeste</b>	7	29,2
<b>Sul</b>	5	20,8
<b>Centro-Oeste</b>	3	12,5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Nesta busca foram encontrados três modelos de publicações e o que mais chama atenção é a proporção de Artigos Científicos, totalizando dezessete estudos, seguidos por seis Dissertações e uma Tese.

Tabela 4 - Número de publicações, segundo tipo de publicação.

Tipo de publicação	n	%
<b>Artigo Científico</b>	17	70,8
<b>Dissertação</b>	6	25
<b>Tese</b>	1	4,2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Estudos de abordagem qualitativa são representados por 91,6% dos selecionados, seguidos por outros de abordagem mista qualitativa e quantitativa (4,2%), e somente um deles utilizou exclusivamente a abordagem quantitativa (4,2%). Estes dados apontam a prevalência de pesquisas qualitativas, que não são fundamentadas por aspectos positivistas, ou seja, consideram as subjetividades dos sujeitos estudados.

Tabela 5 - Número de estudos segundo a abordagem.

<b>Tipo de estudo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Qualitativo</b>	22	91,6
<b>Quantitativo</b>	1	4,2
<b>Qualitativo e Quantitativo</b>	1	4,2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Durante esta revisão foi possível observar que os autores não fizeram distinção entre método, coleta de dados e análise de dados, considerando todos como método. Os métodos de pesquisa mais utilizados foram a Exploratória Descritiva (4) e a Hermenêutica (3), seguidos pela técnica de coleta de dados Entrevistas (3). No total foram encontrados dezesseis métodos de pesquisas utilizados pelos pesquisadores, sendo possível a utilização de mais de um método na mesma pesquisa.

Tabela 6 - Número de estudos segundo o método utilizado, conforme definição dos autores.

<b>Método</b>	<b>n</b>
<b>Exploratória Descritiva</b>	4
<b>Entrevista</b>	3
<b>Hermenêutica</b>	3
<b>Cartografia</b>	2
<b>Observação Sistemática</b>	2
<b>Relato de Experiência</b>	2
<b>Análise de Conteúdo de Bardin</b>	1
<b>Análise Documental</b>	1
<b>Crítico Analítico</b>	1
<b>Crítico Exploratório</b>	1
<b>Estudo de Caso Observacional</b>	1
<b>Grupo Focal</b>	1
<b>Narrativa</b>	1
<b>Pesquisa Ação</b>	1
<b>Problematização</b>	1
<b>Questionário</b>	1
<b>Total</b>	<b>26</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Por se tratar de uma revisão que busca conhecer as práticas profissionais acerca da construção de projetos terapêuticos singulares, os estudos evidenciaram que o uso desta ferramenta acontece basicamente em serviços de saúde mental, conforme Tabela 7. Os Centros de Atenção

Psicossociais foram os locais de estudo mais frequentes, totalizando vinte. Alguns deles utilizaram mais de um local para a coleta de dados.

Tabela 7 - Número de estudos, segundo local de estudo.

<b>Local de estudo</b>	<b>n</b>
<b>Centro de Atenção Psicossocial não especificado</b>	11
<b>Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas</b>	4
<b>Estratégia de Saúde da Família</b>	3
<b>Centro de Atenção Psicossocial - II</b>	2
<b>Centro de Atenção Psicossocial - III</b>	2
<b>Serviço de saúde mental não especificado</b>	2
<b>Unidade Básica de Saúde</b>	2
<b>Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas - III</b>	1
<b>Total</b>	<b>27</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Analisando os objetivos dos estudos selecionados, a maioria deles (10) buscou descrever a construção e etapas desenvolvidas nos PTS. Conhecer os arranjos profissionais e as práticas em saúde mental e atenção psicossocial foram os objetivos de sete deles, seguido por conhecer as práticas em saúde mental e atenção psicossocial por meio da percepção dos próprios profissionais atuantes nos locais de estudo, representados por cinco estudos.

Tabela 8 - Número de estudos, segundo objetivos centrais.

<b>Objetivos centrais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Descrever etapas, elaboração e construção de PTS</b>	10	41,7
<b>Conhecer as práticas profissionais em saúde mental e atenção psicossocial</b>	7	29,1
<b>Conhecer as práticas em saúde mental e atenção psicossocial por meio da percepção dos profissionais</b>	5	20,8
<b>Relatar experiência da construção de um PTS</b>	1	4,2
<b>Construir e implantar um PTS</b>	1	4,2
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

A partir da leitura dos estudos selecionados, alguns temas surgiram com maior frequência e profundidade nas pesquisas. A tabela 9 mostra a organização desses temas e suas respectivas bases de informações bibliográficas.

Tabela 9 - Organização dos estudos segundo a base de dados e temas.

Base de dados \ Categorias	Apoio Matricial	Técnico de Referência	Protagonismo do Usuário	Participação familiar	A participação do médico
<b>BVS - LILACS</b>	1	3	-	3	3
<b>SCIELO</b>	1	2	2	1	3
<b>SCHOLAR</b>	2	4	5	8	4
<b>CAPEB</b>	2	1	2	1	1
<b>Total</b>	6	10	9	13	11

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Com base nestes temas foram criadas categorias que tem como objetivo agrupar ideias, elementos ou expressões em torno de um conceito, e esse procedimento é utilizado de maneira geral em análises de pesquisas qualitativas. (MINAYO, 2010).

As categorias são as seguintes:

- a) Apoio Matricial: estratégia para a construção dos projetos terapêuticos singulares;
- b) O papel do técnico de referência na construção dos projetos terapêuticos singulares;
- c) O protagonismo do usuário na construção dos projetos terapêuticos singulares;
- d) A participação de familiares junto aos projetos terapêuticos singulares;
- e) A participação do médico na construção dos projetos terapêuticos singulares.

Os estudos, organizados de acordo com estas categorias, estão relacionados na tabela 10. Delimitadas essas categorias cada uma delas foi discutida a partir dos estudos selecionados e dos autores que contextualizaram as ideias centrais abordadas sobre o tema da pesquisa, conforme segue:

## **Categoria 1: Construção dos projetos terapêuticos singulares por meio da estratégia de apoio matricial**

Os estudos apresentados nessa categoria abordaram principalmente a relação das equipes do serviço de Estratégia e Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial e a importância desta estratégia para garantir o fluxo de atendimento das pessoas em sofrimento psíquico. Estes estudos descrevem as práticas profissionais por meio dos seguintes métodos (segundo os autores), Hermenêutica, Exploratória Descritiva, Crítica Analítica, Entrevistas e Observação Sistemática. Como são estudos que exploram a prática do apoio matricial, os pesquisadores escolheram como locais de estudos, CAPS e Estratégia Saúde da Família, CAPS II, CAPS, Núcleo de Saúde da Família, e uma Unidade Básica de Saúde.

Estes estudos relatam experiências na construção de projetos terapêuticos singulares de forma conjunta. O ponto mais citado foi a dificuldade para produzir o PTS de forma compartilhada entre os serviços. Apontam que na maioria das situações as equipes não especializadas, ou seja, que não são exclusivamente voltadas para a demanda em saúde mental, sentem-se despreparadas para opinar e construir com autonomia um PTS.

O Apoio Matricial (AM) em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Foi abordado, de forma detalhada, sobre a estratégia de matriciamento, principalmente entre serviços especializados, representados pelos CAPS, e unidades básicas de saúde. A prática mais frequente ocorre entre profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. (CHIAVERINI et al., 2011).

Tendo em vista que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera, deve-se, em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao conjunto dessas esferas, em uma abordagem integral, e assim identificar quais transformações ocorreram, como cada mudança influenciou em cada uma das esferas, quais correlações estão estagnadas ou ameaçadas, enfim, o que está provocando adoecimento e o que está em vias de causar adoecimento.

A partir desta prática, os estudos relatam a importância do matriciamento tanto como aporte para a elaboração dos PTS por profissionais da Atenção Primária de Saúde, por meio da ESF, quanto como oportunidade de capacitar estes profissionais. “[...] facilita muito a constituição de processos de apoio e matriciamento, o que pode acelerar ainda mais a qualificação desses trabalhadores envolvidos.” (OLIVEIRA, 2007)

Para Jorge et al., 2015, o AM em serviços de atenção primária é necessário para a produção do cuidado em saúde mental. Esse dispositivo viabiliza a instrumentalização dos profissionais para atuarem junto aos serviços especializados no cuidado integral das pessoas em adoecimento psíquico.

O AM também favorece a adesão da pessoa em sofrimento psíquico já que ela é acolhida em seu território, evitando que se dirija a espaços e cenários muitas vezes difíceis e angustiantes, segundo Pinto, 2008.

A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial. (BRASIL, 2009)

No estudo de Martinhago e Oliveira (2012), os sujeitos envolvidos destacam que profissionais da atenção primária encontravam dificuldades para atender pessoas em sofrimento psíquico e que por meio do matriciamento foi possível capacitar esses profissionais e superar estas dificuldades.

Os CAPS são os serviços de referência para o apoio matricial da demanda de saúde mental na atenção primária; os estudos apontam que profissionais que não atuam diretamente com saúde mental, ou em serviços especializados, sentem-se hesitantes para tomar decisões, realizar o acompanhamento e elaborar os PTS sem o aporte destes profissionais especializados. Na prática verifica-se que os profissionais de saúde se sentem inseguros em acompanhar e encaminhar os casos de saúde mental. Dificuldades que, na maioria vezes, estão relacionadas à fragilidade no processo formativo desses profissionais. (SOUSA e TOFÓLI, 2013)

Entende-se fundamental a relação entre equipes de serviços de diferentes cuidados em saúde, como um dispositivo que aperfeiçoa as ações integrais aos usuários, cria e fortalece o trabalho em rede. Porém, a complexidade do processo saúde-doença mental e a busca por acesso e cuidados integrais apontam para a necessidade de uma rede interligada de serviços de saúde. (SOUSA e TOFÓLI, 2013). Por meio desta revisão

integrativa é possível afirmar a necessidade de atuar em rede, tanto como em equipes multidisciplinares, para que a responsabilização do cuidado ao usuário não seja centralizada em centros especializados.

Outra importante utilidade gerencial dos encontros de PTS é o matriciamento com (outros) especialistas, na medida em que a equipe consegue perceber seus limites e suas dificuldades, sendo esta uma paradoxal condição de aprendizado e superação. Além de ser um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que também provarão aplicar seus saberes em uma condição complexa, recheada de variáveis que nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar. (BRASIL, 2007). Esta afirmação é corroborada por esta pesquisa que encontrou relatos de profissionais matriciais como agentes de ensino e também aprendizado, no momento em que há a reflexão e remodelação do olhar e das práticas em saúde mental.

Não obstante, considera-se que a consolidação do modelo de atenção psicossocial perpassa o reconhecimento da dimensão subjetiva dos usuários/familiares na elaboração do projeto terapêutico e pela valorização dos cuidados primários em saúde mental, que podem ser viabilizados pela prática do apoio matricial e construção do PTS (JORGE et al., 2015, p.114).

Dessa forma os estudos apresentados nessa revisão integrativa contribuem para aprimorar e fortalecer a prática do apoio matricial, que contribui nos aspectos de cuidado na atenção psicossocial.

## **Categoria 2 - O papel do técnico de referência na construção dos projetos terapêuticos singulares**

Nessa categoria foram abordados dez estudos que exploraram as relações entre técnico de referência, usuário e equipe multidisciplinar. Para a construção dos estudos os pesquisadores utilizaram métodos de abordagem qualitativa como Hermenêutica, Pesquisa-Ação, Exploratória Descritiva, Cartografia e Grupo Focal, Entrevistas, Análise de Conteúdo e Observação Sistemática. O estudo que utilizou como método a Análise de Conteúdo percorreu os prontuários de usuários de um CAPS tipo III Álcool e Drogas. Estes tinham como objetivos centrais: Descrever etapas, elaboração e construção da construção de PTS; construir e implantar um PTS; conhecer as práticas em saúde mental e atenção psicossocial por

meio da percepção dos profissionais; e conhecer as práticas profissionais em saúde mental e atenção psicossocial.

Os serviços de saúde mental e atenção psicossocial são compostos por equipes multidisciplinares, que irão atender a demanda de forma geral, porém, cada usuário é referenciado por um profissional específico, este é chamado de técnico de referência (TR). Segundo Rodrigues e Bontempo (2011, p. 126) o técnico de referência é “[...] o articulador central do projeto terapêutico do usuário, o qual, por sua vez, é construído a partir da escuta do sujeito, ou seja, a partir do que o usuário traz”.

Os estudos apontam que não há uma padronização quanto aos critérios de escolha deste profissional, porém sugerem que na maior parte dos casos esse papel é assumido por profissionais com formação em ensino superior.

A “referência”, geralmente, é composta por um profissional de nível superior em parceria com um profissional de nível médio que se responsabilizam pelo acompanhamento do PTS, com mais proximidade e diálogo com o usuário (BOCCARDO et al., 2011. p. 89).

Como exceção, o estudo de Matinhago e Oliveira (2012) mostra que em um Centro de Atenção Psicossocial, do Estado de Santa Catarina, os profissionais compreendem o técnico de referência como aquele profissional que o usuário tem maior afinidade e identificação, independente da formação deste. Podem ser referências para os usuários cozinheiros, jardineiros, psicólogos ou qualquer outro profissional do serviço. Este mesmo estudo revela que em outro serviço este papel foi abolido, pois havia uma tendência a centralização das tarefas relacionadas aos PTS dos usuários referenciados, onde os demais membros da equipe não se envolviam.

A centralização das tarefas atribuídas ao PTS de um usuário tende a prejudicar as ações multidisciplinares uma vez que as decisões e acompanhamentos referentes a essa ferramenta estejam sob responsabilidade somente do TR. Mororó et al. (2011) identificou em uma equipe de CAPS III a escassez de informações contidas em prontuários dos usuários, pois havia apenas evoluções técnicas do profissional TR e do médico. Isso dificultava o trabalho dos profissionais do turno noturno que não tinham informações suficientes para poder acompanhar e contribuir com o processo terapêutico dos usuários daquele serviço.

Desta forma, os registros contidos em um prontuário que poderiam servir como subsídio nas decisões e avaliação dos PTS, não somente pelo técnico de referência, mas por todos da equipe, deixa de ser utilizado como recurso.

Assim como a questão do vínculo com o usuário não acontece necessariamente durante o acolhimento, também o próprio profissional nem sempre se identifica com empatia num primeiro momento, mas a equipe técnica aponta o profissional que acredita ser mais indicado como técnico de referência. Por outro lado, o acolhimento pode também definir qual profissional se tornará técnico de referência para o usuário como aponta Araújo et al. (2015, p. 132):

Desse modo, os usuários que chegam ao serviço em busca de atendimento voltado a seus problemas de saúde são recebidos pelo profissional responsável pelo acolhimento inicial, que se torna o técnico de referência, ou seja, aquele que acompanhará o caso e será responsável em levar as observações para a equipe multiprofissional.

Bem como no estudo de Oliveira et al. (2010), onde se identifica que a indicação de um profissional para atuar como técnico de referência nem sempre é a melhor conduta a ser tomada para favorecer a criação de vínculos com os usuários. É importante que a relação entre o técnico de referência e o usuário seja construída por meio do diálogo e interesse que este profissional dispõe em ofertar meios para a construção e efetivação de um PTS.

Desta forma o TR passa a acompanhar o usuário, ou seja, seguir o ritmo, ir junto com ele de acordo com suas potencialidades e disponibilidade para o processo. Porém, esta revisão mostrou que há a necessidade imediata de referenciar o usuário sem respeitar o tempo de adaptação e acolhimento tanto dos usuários quanto da equipe de profissionais, abreviando a oportunidade de criar relações de vínculos mais sólidas e eficazes para a construção dos projetos terapêuticos singulares.

Durante as reuniões, a percepção foi de que o caso relatado ficaria sob responsabilidade do profissional que levou o caso para discussão ou o que atenderia, sem uma análise das condições desse profissional para colaborar na articulação das informações, na articulação com os serviços e na

atuação como referência para o usuário e/ou família e/ou comunidade.(HORI e NASCIMENTO, 2014, p. 3567)

De acordo com o Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), o técnico de referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico singular, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas neste projeto. A partir desta definição os estudos trazem a centralização dos cuidados aos usuários apenas nos técnicos de referência, fazendo com que os demais profissionais que compõem a equipe atendam aquele usuário, porém não se comprometam com as ações e avaliações dos PTS.

Para Zerbetto (2005, p. 115), que é contrária a essa afirmação,

[...] as estratégias de intervenção devem estar delineadas em um projeto terapêutico, o qual é discutido, elaborado, realizado e avaliado por todos os membros da equipe assistencial, podendo ser modificável de acordo com a evolução do usuário.

Furtado e Miranda (2006) acrescentam que o dispositivo técnico de referência constitui uma aproximação entre o profissional ou equipe e um certo número de usuários, ocasionando uma assistência de modo singular por meio de um projeto terapêutico individual. Ou seja, o cuidado de um usuário não precisa ficar necessariamente sob a responsabilidade de um único profissional, podendo ser compartilhado por uma equipe de profissionais, como se pode compreender ao longo desta pesquisa.

Outra questão apontada pelos estudos selecionados foi a centralização de tarefas atribuídas ao técnico de referência em relação às questões do usuário, incluindo a evolução do prontuário e avaliação periódica do PTS.

No estudo de Ferreira et al. (2014), que buscou entender os processos de construção dos PTS em serviços tipo CAPS por meio de entrevistas com profissionais destes serviços, constatou-se que o processo de reavaliação e acompanhamento dos PTS apresenta falhas, justamente por essas etapas serem executadas exclusivamente pelo profissional técnico de referência.

Os profissionais parecem pontuar essa problemática quando dizem sentir-se excessivamente responsabilizados pelo caso, embora trabalhem em equipe de referência e reconheçam situações de compartilhamento. (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Desta forma é importante reconhecer a importância do técnico de referência, porém compreender que o papel desse profissional deve ser potencializado pela equipe multidisciplinar, contribuindo em todas as fases de desenvolvimento de um PTS.

### **Categoria 3 - O protagonismo do usuário na construção dos projetos terapêuticos singulares**

A categoria em questão mostra que dentre os principais objetivos previstos por um projeto terapêutico singular está o desenvolvimento ou resgate da autonomia, independência e cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. Tendo em vista esse pressuposto, nove estudos discutiram sobre a atuação do usuário na construção dos PTS. Destes, seis foram realizados exclusivamente em CAPS, dois em serviços de atenção primária ESF e UBS, e apenas um deles em diferentes modalidades de serviços de saúde mental.

É interessante observar como a maioria dos pesquisadores que abordaram este tema estava presente em Centros de Atenção Psicossocial, serviço de saúde mental que substitui o modelo manicomial e quebra com a relação vertical entre profissional- paciente.

Atualmente o projeto terapêutico singular é uma ferramenta utilizada em práticas inovadoras em saúde, “que singularizam os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde e apresentam novas perspectivas de produção de autonomia, protagonismo e inclusão social.” (OLIVEIRA, 2010, p. 34).

Nesta concepção, o paradigma da relação entre profissional e paciente, aquele em que o profissional se coloca acima do paciente, é rompido, ou espera-se que seja rompido, por meio da adoção das condutas de planejamento dos PTS.

Apesar disso, nos estudos apresentados, foram identificadas práticas alheias às diretrizes que sustentam a eficácia desta ferramenta, como por exemplo, fazer uso do PTS como protocolo de ações e limitador das ações do usuário;

Quem é a sua referência?; ‘Qual é o seu projeto?’; ‘Já tomou o seu remédio?’, são perguntas frequentes feitas aos usuários, demonstrando que a referência, o projeto terapêutico e o remédio são autoridades inquestionáveis e determinantes das ações do usuário. Na prática, o usuário participa

muito pouco da construção de seu PTS e raramente é estimulado à autonomia (SILVA, 2014, p. 8).

Essa revisão integrativa nos mostra que é grande o desafio de cumprir as propostas de coautoria dos usuários em seus próprios projetos terapêuticos singulares. Esta condição pode persistir em decorrência dos modelos manicomial, onde o lugar do sujeito em sofrimento era rigorosamente controlado e sua expressão de vontades e necessidades era considerada como devaneios. Basaglia (1985, p. 308) descreve este modelo como, “[...] onde tudo é controlado e previsto em função daquilo que não deve acontecer, [...] a liberdade não pode ser vivida senão como um ato proibido, negado, impossível de acontecer [...]”.

Barros (2003, p. 199) prevê a possibilidade de institucionalização dos serviços substitutivos, mesmo apresentando modelos não aprisionadores nem restritivos da liberdade e da autonomia e diz que: “[...] corre-se o risco de que a necessária institucionalidade dos CAPS se transforme em institucionalização cronicada e cronicadora, reproduzindo o asilamento do qual se quer escapar.”

Sendo assim, Onocko Campos e Campo (2006, p. 671) entendem que a autonomia do sujeito só pode ser desenvolvida por meio da exposição das informações necessárias, “*o sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão*”. Alguns estudos revelam justamente a privação enfrentada pelos usuários dos serviços no que diz respeito ao acesso às informações e construção dos PTS, como é possível identificar em Diniz (2012), que acompanhou os processos de construção dos PTS e a relação entre as equipes de um CAPS e uma UBS, onde o usuário não é validado como orientador principal das ações previstas no PTS.

Porém, ainda com base nas observações corroboradas pela narrativa, a participação do usuário não se efetiva. No momento chave de discussão para a construção do PTS, o mesmo é convidado a se ausentar da sala para que os profissionais definam entre si o que será melhor para seu tratamento (DINIZ, 2012, p. 79).

Contrariamente, entretanto, por meio desta revisão, foi possível encontrar também estudos que apontam o conhecimento e interesse dos profissionais em estimular e desenvolver o protagonismo do usuário em seus próprios projetos de vida. O estudo apresentado por Souza (2011), que acompanhou a construção e desenvolvimento de um PTS, vivenciados por uma equipe de CAPS e uma usuária, mostra que é

possível abrir campo para o protagonismo das pessoas em sofrimento psíquico diante de seu próprio processo terapêutico.

A equipe de referência, neste processo de trabalho, radicaliza a forma de organização dos saberes, como deve ser no campo psicossocial, quando sustenta que quem sabe de suas necessidades é o sujeito que as porta (SOUZA, 2011, p. 95).

Para Pinto (2008), a participação ativa, tanto do usuário quanto de seus familiares, é fundamental para que haja equilíbrio na proposta terapêutica. Por sua vez, Vasconcelos et al. (2016) apresenta as narrativas de profissionais de centros de atenção psicossocial e evidencia a carência de protagonismo do usuário por meio de diálogos, envolvimento da família e a criação da relação equipe-usuário-família.

Contudo, um dos estudos destaca a remodelação das práticas profissionais em uma equipe de CAPS. Após uma árdua força tarefa de estimulação à inserção social e autonomia de uma usuária, a avaliação e planejamento de etapas seguintes do projeto terapêutico singular passam a ser determinados exclusivamente pelas suas manifestações de desejos e necessidades.

Evidencia-se nos estudos que o protagonismo do usuário está intimamente relacionado com a capacidade do profissional que o acolhe e acompanha, de se despir da figura de autoridade em uma relação “terapeuta-paciente”, desconstruindo a lógica manicomial. Assim com afirma Girardi (2015, p. 28):

A busca pelo protagonismo dos usuários é condição essencial para o sucesso do processo de reabilitação psicossocial e exige dos profissionais disponibilidades de acolhimento, de escuta, de diálogo e possibilita ao usuário a construção de saber sobre si, sua condição, seus direitos, o mundo que o cerca, a assistência e as instituições de cuidado.

O profissional que utiliza o PTS como ferramenta da atenção psicossocial pode possibilitar a contratualidade do usuário por meio do seu empoderamento. Essa relação é determinada pelo profissional que, como técnico de referência, tem interesse ou não, em aumentar o poder, ou seja, o protagonismo do usuário. A contratualidade significa ampliar a

autonomia desse sujeito, que se traduz como a capacidade de determinar as normas de sua própria vida. (BARROS, 2007).

#### **Categoria 4 – A participação de familiares junto aos projetos terapêuticos singulares**

A categoria quatro aborda a participação da família através de um expressivo número de estudos, mostrando a importância que ela tem no desenvolvimento dessa estratégia. Dentre os estudos, apenas um deles foi de natureza quantitativa, deixando evidente a preferência, como observado anteriormente, por estudos qualitativos ou quali-quantitativos no campo da saúde mental. Essa categoria abrange nove estudos e quatro dissertações, um número expressivo deste último e que pode representar um indicador positivo para fomentar o estudo desta ferramenta, inclusive em programas de pós-graduação.

O convívio familiar está previsto na Lei 10.216, (BRASIL, 2001), conforme:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Da mesma forma a Cartilha de Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004), que apresenta novos arranjos de aprimoramento e multiplicação das práticas humanizadas, explica que apesar de os projetos serem singulares, não são individuais, e devem abranger grupos e familiares dos usuários atendidos.

O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (BRASIL, 2007, p. 40).

Por meio desta revisão, foi possível constatar que a inclusão e participação da família na construção e práticas dos projetos terapêuticos singulares são deficitárias. Geralmente os familiares não se percebem como peças fundamentais para o processo de tratamento dos usuários e reduzem a condição de seu familiar a um sujeito “portador” de uma doença, e que depende somente das condições dele para que os quadros clínicos e sociais se transformem. Como demonstra o estudo de Andrade et al. (2014), onde os trabalhadores de um CAPS ad vinculam a baixa adesão dos familiares ao tratamento de um dependente químico às suas sucessivas recaídas, que geram estresse e frustração, mas também à tendência de “terceirizar” o cuidado, relegando-o a uma instituição que possa solucionar tais situações.

No mesmo estudo, os profissionais participantes da pesquisa entendem que o momento do acolhimento pode facilitar a construção do vínculo com a família do usuário, por meio de orientação e acompanhamento aos familiares.

Neste sentido, muitas vezes, as famílias não possuem o conhecimento do modelo de atenção, que por meio dos PTS estimula a participação e relação familiar em todo o processo de cuidado ao usuário de saúde mental.

O relato ilustra o não conhecimento do PTS pelos familiares, devido à falta de orientação por parte dos profissionais. Por outro lado, espera-se que se envolvam e participem ativamente do tratamento dos usuários em todo o processo. Deste modo a não orientação e comunicação devida, colaborará para que a vinculação familiar seja frágil, cabendo aos profissionais traçar medidas que superem esta dificuldade (SOUZA, 2015, p. 147)

O caso apresentado contribui para fomentar a ideia de quão decisiva é a postura adotada pelo profissional que utiliza o PTS para determinar ações terapêuticas aos usuários de saúde mental, mesmo havendo propostas do Ministério da Saúde que orientam a uma prática inovadora e ampliada, que convoca o usuário a participar ativamente das decisões de seu tratamento. (BRASIL, 2007)

Corroborando esta ideia, no estudo de Pinto, (2011, p. 201) destaca-se a fala de um profissional sobre as estratégias adotadas por profissionais que entendem como fundamental a participação da família no cuidado ao usuário.

[...] a corresponsabilização da família é fundamental, a gente sempre coloca isso, no tratamento de saúde mental é fundamental a presença desses três personagens: usuário/família/trabalhadores de saúde. Então, a gente busca essa corresponsabilização da família, a gente faz esse contato com a família mediante a abordagem individual, grupal e atenção domiciliária. Tentando conquistar, até mesmo, fazendo um trabalho pedagógico da família de se perceber como um agente terapêutico fundamental (Grupo I).

Muitas vezes os familiares não comparecem aos serviços de saúde mental, tampouco participam das atividades oferecidas nestes lugares, então configura-se como estratégia de aproximação, da realidade do usuário como de seus familiares, a visita domiciliar. Segundo Lima et al., (2015, p. 210).

[...] a visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

Ainda nesse sentido, Fernandes (2014) demonstra em seu estudo que por meio da visita domiciliar o processo de criação de vínculos se torna mais fácil e contribui para o sucesso das intervenções terapêuticas. Além disso, a visita domiciliar permite o acesso a realidade, particularizando o cuidado que é fundamental para a construção dos PTS. Desta forma, a relação entre equipe, usuário e família assume caráter de equipe, atenta às reais necessidades dos usuários, o que confere maior efetividade às ações terapêuticas no processo de transformação da sua realidade.

Nas entrevistas, os profissionais da saúde mental identificaram que as queixas de muitos usuários estavam relacionadas aos vínculos familiares e às condições de vida dos sujeitos, o que exigiria uma intervenção em rede de saúde e intersetorial. Nas reuniões de apoio matricial, essa associação esteve

ausente ou apareceu muito enfraquecida, sem possibilitar a elaboração de estratégias de intervenção que considerassem a família e o território (HORI, 2014, p. 3567).

Entretanto, o papel do familiar no cuidado do usuário ainda permeia o campo de vigilância e segurança do próprio sujeito em sofrimento psíquico quanto à comunidade. Muitas vezes os serviços de saúde mental preocupados com a integridade de seus usuários passam a executar este papel junto ao usuário. Amorim (2014) trouxe relatos de profissionais que se envolvem nas atividades de vida prática, como acompanhar o usuário ao banco, fazer compras, levá-lo até em casa.

De certo modo estas práticas podem contribuir com o vínculo do usuário ao serviço de saúde mental e ainda impulsioná-lo a novas possibilidades, como um processo de aprendizagem. Por outro lado, a demanda do volume de trabalho é um fator que fragiliza essas ações e compromete a participação dos familiares junto aos projetos terapêuticos singulares. Chaves e Pegoraro (2013), em entrevistas com profissionais de um CAPS, descobriram que eles possuem o intuito de engajar os familiares e sabem da diferença que a participação familiar faz no processo terapêutico do usuário, porém o excesso de volume de trabalho impede que o façam. Neste mesmo serviço, os profissionais informaram que havia atividades dirigidas aos familiares que facilitavam o vínculo e o envolvimento das famílias, mas que com a falta de tempo, isso deixou de ser priorizado.

Saraceno, 2001 (apud Lussi, 2006, p. 454) é categórico quanto a necessidade de empoderamento da família frente ao tratamento do usuário, que por muito tempo ficou centralizado e sob responsabilidade das condutas médicas psiquiátricas.

Quando ao eixo família, há necessidade de conscientização por parte da equipe de trabalhadores dos serviços de saúde mental em relação ao coenvolvimento dos familiares do indivíduo portador de transtorno mental nos projetos de reabilitação, criando formas de intervenção em que a família desse indivíduo “deixe de ser cúmplice ou vítima da psiquiatria”, e passe a ser “protagonista responsável pelos processos de tratamento e organização do mesmo (e da reabilitação)

As leituras focadas nesta categoria mostraram o quão relevante é o papel da família na vida das pessoas em sofrimento psíquico, tanto para contribuir nos processos terapêuticos quanto para bloqueá-los. Porém, o que fica evidente é que a família surge como um componente de validação das ações tanto dos serviços como dos usuários.

### **Categoria 5 – A participação do médico na construção dos projetos terapêuticos singulares**

Por último, a categoria cinco salienta a participação do profissional médico junto a construção e desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares e foi abordada por onze estudos. Os pesquisadores discorreram sobre as práticas profissionais e enriqueceram a presente pesquisa por meio do relato de experiência durante a implantação de um PTS. Os estudos foram desenvolvidos por profissionais de saúde de diversas formações e um estudo por acadêmicos de medicina, trazendo luz à discussão desta relação pelos próprios envolvidos.

Em relação ao tema, acerca do envolvimento do profissional médico com a organização da equipe e a construção dos PTS, ficou evidenciado pelos estudos que ele geralmente se posiciona “fora” da equipe multidisciplinar, no que diz respeito à construção dos projetos terapêuticos singulares e centraliza as decisões de maneira independente.

Essa centralidade no trabalho médico inviabiliza a construção de projetos terapêuticos integrados com os núcleos de saberes dos vários profissionais que compõem as equipes. Considerando que outros trabalhadores são decisivos no acompanhamento de usuários com transtornos mentais e na formação e condução das ações de saúde mental na comunidade, tal ação ‘médicocentrada’ pode distanciar o centro de saúde da população atendida (JORGE et al., 2015, p. 118)

Quanto às contribuições aos projetos terapêuticos singulares o profissional médico, segundo os estudos, não participa da construção, tampouco das atividades previstas.

Outras questões foram apontadas como pontos-chave que contribuem para que o PTS não seja devidamente eficiente no serviço. A não integração

do profissional médico às ações planejadas e executadas pela equipe é condição que fragmenta o cuidado e dificulta o acompanhamento fundamentado na proposta de atenção psicossocial [...] (SOUZA, 2015, p. 145).

Estas situações representam a linha tênue entre o olhar psicossocial e o biomédico presente nestes serviços substitutivos. Assim como VASCOLCELLOS (2010, p. 10) cita o “endeusamento” deste profissional;

[...] o psiquiatra, além de carregar o prestígio social e a tradição da medicina, é o profissional comumente chamado para intervir nos casos mais graves, envolvendo-o em um imaginário de potência e colocando-o na condição de não só equacionar as crises, mas de aplacar, por meio de tal delegação, a angústia dos demais profissionais diante dessas.

Sob o mesmo ponto de vista, se estabelecem as relações entre os próprios profissionais de uma mesma equipe e o profissional médico, que por vezes perpetuam o modelo centralizado nas ações do médico, atuando como seus auxiliares e distanciando-se da prática interdisciplinar, onde haveria maior espaço para diálogo, discussão e construção do conhecimento. (RIBEIRO, 2004)

Nota-se que, de certa forma, existe uma cultura construída em torno do empoderamento do profissional médico, o que lhe permite abster-se dos compromissos firmados para toda a equipe. Conforme observou Hori et al., 2014, por meio do seu estudo, ao acompanhar a construção dos PTS a partir do apoio matricial, a ausência de diversos profissionais, em especial os médicos, em reuniões de matriciamento. Esta condição dificulta o processo de vinculação entre as equipes e inviabiliza as discussões dos casos.

Etimologicamente, já se percebe a ligação com a ciência médica que, até os dias atuais, ainda se mostra arraigada à prática e ao saber médico, numa clínica tradicional. A vertente atual é que o Projeto Terapêutico (PT) venha em contraponto a essa perspectiva unidisciplinar, disparando a produção do cuidado em equipe multiprofissional, numa

perspectiva interdisciplinar e pautada na clínica ampliada. (DINIZ, 2012, p. 15)

Outra situação verificada por meio desta revisão integrativa diz respeito a abordagem medicamentosa aos usuários de saúde mental. Considera-se importante o aporte medicamentoso, quando necessário, porém, da mesma maneira que outros fatores a respeito da vida do usuário devem ser discutidos, definidos e planejados em um projeto terapêutico singular, o uso de medicação também deve estar prevista nessas ações. Sempre considerando o protagonismo do usuário junto ao PTS e principalmente a escuta ativa de suas reais condições e necessidades.

Regiões de grande vulnerabilidade social, como o Campo Belo, possuem alta taxa de prescrição na Atenção Primária, e grande parte dos pacientes relata que os médicos tomam a decisão quanto ao tratamento a ser seguido com pouco ou nenhum grau de compartilhamento com os pacientes, considerando a terapêutica uma imposição em alguns casos, fator que limita a autonomia da população em questão e favorece o processo de medicalização do social. (DORIGATTI et al., 2014, p. 114)

Nesse contexto é possível compreender o Projeto Terapêutico Singular como uma ferramenta que oferece condições para refletir as práticas profissionais e as relações construídas com os usuários e os demais profissionais. Oportuniza uma prática mais humanizada e acolhedora que deve ser adotada pelo serviço como um todo (MERHY, 1999).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões acerca das práticas que contemplam o uso do projeto terapêutico singular mostram que essa ferramenta está em desenvolvimento e resta evidente que tais práticas não estão universalizadas, pois, o que a literatura estudada indica, é que estas formas de *fazer* estão diretamente relacionadas ao perfil do profissional que as executa.

Além disso, fica explícito que a organização das equipes de saúde mental e atenção psicossocial têm relação direta com os arranjos adotados para a construção dos PTS. A maioria dos estudos aponta o Técnico de Referência (TR) como figura chave do processo de planejamento, acompanhamento e evolução do PTS e que estes geralmente são profissionais com formação acadêmica de ensino superior. A equipe multidisciplinar atua como suporte para momentos de crise dos usuários ou validação dos planos traçados no PTS, porém, não atua como referência na ausência do TR, o que pode representar riscos a adesão e continuidade dos projetos.

Resta claro também que o uso dos projetos terapêuticos singulares traz muitos benefícios para as práticas em SMAPS, como o estímulo ao protagonismo do usuário, a manutenção da atenção concedida e principalmente a reformulação das práticas profissionais, na medida em que busca quebrar o paradigma biomédico e a relação vertical entre profissional e usuário. Pode-se dizer que é necessário que os profissionais que atuam com PTS se desvinculem de alguns paradigmas constituídos para dar lugar à escuta, ao respeito e à valorização dos desejos e reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde mental e atenção psicossocial.

Contudo, foi possível identificar<sup>1</sup> que ainda podem prevalecer as relações hierárquicas baseadas no modelo biomédico, onde o profissional médico ganha maior credibilidade e espaço para determinar, quando atua junto à equipe, quais as ações previstas em um PTS, fato que revela resíduos do modelo biomédico, anterior a Reforma Psiquiátrica.

Outro ponto de destaque encontrado durante o estudo diz respeito ao potencial do PTS enquanto fator de aproximação entre os profissionais de diferentes esferas de atuação em saúde, como por exemplo, a atenção primária com o serviço especializado por meio do apoio matricial. Contribuindo, desta forma, para a formação e funcionamento das redes de

atenção psicossocial, e o mais importante a ampliação do olhar para o usuário, que deve ser compreendido na sua integralidade.

Apesar desta relação entre diferentes serviços de saúde, foi possível identificar a lacuna existente entre os profissionais e as famílias dos usuários. Pode-se identificar diversos fatores que contribuem para esta condição, sendo um deles a falta de prática em saúde mental para incluir familiares nos planos de tratamento e ou atenção, o que traz insegurança e dúvidas sobre como absorver e promover sua participação no processo; outro fator é a isenção de responsabilidade da própria família, que muitas vezes por falta de informação, restringe a responsabilidade e a condição do usuário a ele mesmo.

Mesmo diante dos diversos desafios encontrados para a construção de um projeto terapêutico singular e mais ainda, para executá-lo com o máximo de fidelidade às diretrizes apontadas pela política de saúde e pelos principais estudiosos deste tema, obteve-se conhecimento dos esforços dispendidos pelos profissionais envolvidos, principalmente pela continuidade da Reforma Psiquiátrica.

Ações desenvolvidas por profissionais de serviços de saúde mental como, por exemplo, visitas domiciliares, matriciamento e promoção de vínculos entre profissionais e usuários, são contribuições para o fortalecimento e aperfeiçoamento do uso desta ferramenta, pois abrangem as ações para além do local do serviço e constroem relações mais humanizadas.

Sabe-se que a mudança de um modelo de comportamento não acontece em curto período de tempo, porém, o envolvimento e união massiva das partes envolvidas resultam em novos padrões, e quando se refere à saúde mental e atenção psicossocial, a perspectiva se torna cada vez mais positiva, considerando a disseminação do conhecimento e prontidão para acolher novos saberes e modelos de atenção.

Esta revisão integrativa deixa evidente a importância de estudar e estimular o uso do projeto terapêutico singular nas práticas de SMAPS. É inegável que essa forma de organização e planejamento das condutas terapêuticas, tem grande potencial para modificar e reestruturar as práticas de atenção e tratamento em saúde mental, tendo em vista seu objetivo central que é atender a demanda real do usuário e oportunizar seu protagonismo por meio da apropriação de suas escolhas e desejos.

Assim, evidencia-se a importância do PTS para o aprimoramento das práticas em saúde mental e atenção psicossocial, bem como a necessidade de estimular a produção científica sobre esse tema.

Através da pesquisa sobre o PTS foi possível compreender os desafios enfrentados por profissionais de SMAPS que inicia na ausência de instrumentação científica literária o que fez com que o objetivo da presente pesquisa fosse alcançado.

Associar o PTS às práticas profissionais permitiu conhecer os diversos arranjos possíveis desta ferramenta, destacando a sua essência que está baseada na singularidade dos usuários.

No desenvolvimento dessa revisão foram encontrados pontos fracos, iniciando pelas palavras-chave utilizadas para as buscas nas bases de informações bibliográficas, que foram reduzidas a fim de acessar o maior número de estudos publicados, o que pode ter resultado na exclusão de estudos relevantes que não se enquadraram nestas buscas.

Por fim, reforça-se a importância do estudo acerca do PTS, pois mesmo não tendo esgotado as informações sobre essa ferramenta, esta revisão pode contribuir como referencial teórico para outros estudos e principalmente para a reflexão de profissionais diante da própria prática.



## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 491-494, Sept. 1995. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>.
- \_\_\_\_\_. Paulo **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- \_\_\_\_\_. Paulo **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- Amarante, P. (2006). **Rumo ao fim dos manicômios**. Revista *Mente & Cérebro*,164, 30-35.
- BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia**. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto , v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso)>.
- BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. **Práticas inovadoras para o cuidado em saúde**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 41, n.spe, p.815-819, Dec. 2007. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lng=en&nrm=iso).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política

Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência a Saúde.** Portaria SAS No 147, de 25 de agosto de 1994. Brasília (DF): MS; 1994

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico, Brasília (DF), p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 10 de mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. "**Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990.**" Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção E Recuperação Da Saúde, a Organização EO Funcionamento Dos Serviços Correspondentes E Dá Outras Providências. Brasília-DF, Brasil (1990).Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM, de 30 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em; [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – 6. ed. – Brasília, DF: SENAD-MJ/ NUTE-UFSC, 2014.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004 b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)

BOCCARDO, A. C. S.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rto/article/view/14124/15942>

BOTELHO LLR, Cunha CCA, Macedo M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Gest Soc. 2011 ago;5(11):121-36.

BUENO, Rinaldo Conde B928p **O pensamento de Franco Basaglia e a estrutura da desinstitucionalização na Psiquiatria Democrática Italiana vistos por um brasileiro** / Rinaldo Conde Bueno. Belo Horizonte, 2011, 120p. Disponível em; [http://www.pucminas.br/documentos/rinaldo\\_conde.pdf](http://www.pucminas.br/documentos/rinaldo_conde.pdf)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CHIAVERINI, Dulce Helena [et al.]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em 15 de jun. 2015.

ROSA, Costa Abílio; LUZIO Amélia Cristina; YASUI Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003 p. 13-44.

DE LIMA, Maurício S.; SOARES, Bernardo GO; BACALTCHUKC, Josué. Psiquiatria baseada em evidências. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, n. 3, p. 142-6, 2000.

DE SOUSA, Maria Lidiany Tributino; DE TÓFOLI, Luís Fernando Farah. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária: acesso e cuidado integral. **Cadernos ESP**, v. 6, n. 2, p. Pág. 13-21G, 2013.

DE SOUZA SALVADOR, Anarita et al. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

GALVÃO CM, Sawada NO, Trevizan MA. **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):549-56.

GRIGOLO, Tânia Maris et al. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 7, n. 15, p. 53-73, 2014.

HOUAISS, A; VILLAR, M. de Salles. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001.

LIMA, Carlos et al. **A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva**. Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 2, p. 209-214, 2015.

LINDE, Klaus; WILLICH, Stefan N. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 96, n. 1, p. 17-22, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios** – Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 200p.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

MERHY, E. E. Apostando em Projetos Terapêuticos Cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-07.pdf>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al. **Pesquisa Social: Teoria método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. SP: HUCITEC/ RJ: ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica Analysis of patient referral teams in mental health: a clinical management perspective. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, 2010.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. São Paulo: Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2007.

OLIVEIRA JB. **A Construção de projetos terapêuticos no campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2001). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**.

PEDUZZI, Marina et al . Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 977-983, Aug. 2013 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso)

Miranda, Lílian, Pereira Furtado, Juarez, O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [en linea] 2006, IX (Septiembre-Sin mes) : Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017487010>> ISSN 1415-4714

BONTEMPO, Valéria Lima; RODRIGUES, Camila Castanheira. O TÉCNICO DE REFERÊNCIA E A SAÚDE MENTAL: UMA REFLEXÃO A PARTIR DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. **Revista ScientiaTec**, v. 2, n. 3, p. 119-132.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 438-446, Apr. 2004. 4 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso)>.

RODRIGUES, Jeferson; DESCHAMPS, Andréa Luciana Poerner. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 17, p. 78-92, 2016.

SILVA, Elisa Alves; DA COSTA, Ileno Izídio. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 4, p. 635, 2010.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. **Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ**, 2002.

SCHNEIDER, Jacó Fernando et al. Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 30, n. 3 (set. 2009), p. 397-405**, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002

VASCONCELOS, Eduardo. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 119-129, 2011.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes. Sofrimento e desinstitucionalização: Construindo redes de apoio em saúde mental. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 11, n. 1, p. 309-333, 2011.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

ZERBETTO SR, PEREIRA MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):112-7.

ZERBETTO SE, Efigênio EB, Santos NLN, Martins SC. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011 jan/mar;13(1):99-109. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **"Investing In Mental Health Evidence for Action. Who Library Cataloguing-In-Publication Data."** World Health Organization (2013).



## ANEXO A – Fluxograma da Revisão Interativa sobre Projeto Terapêutico Singular.

Figura 1 - Fluxograma da revisão integrativa sobre projeto terapêutico singular.

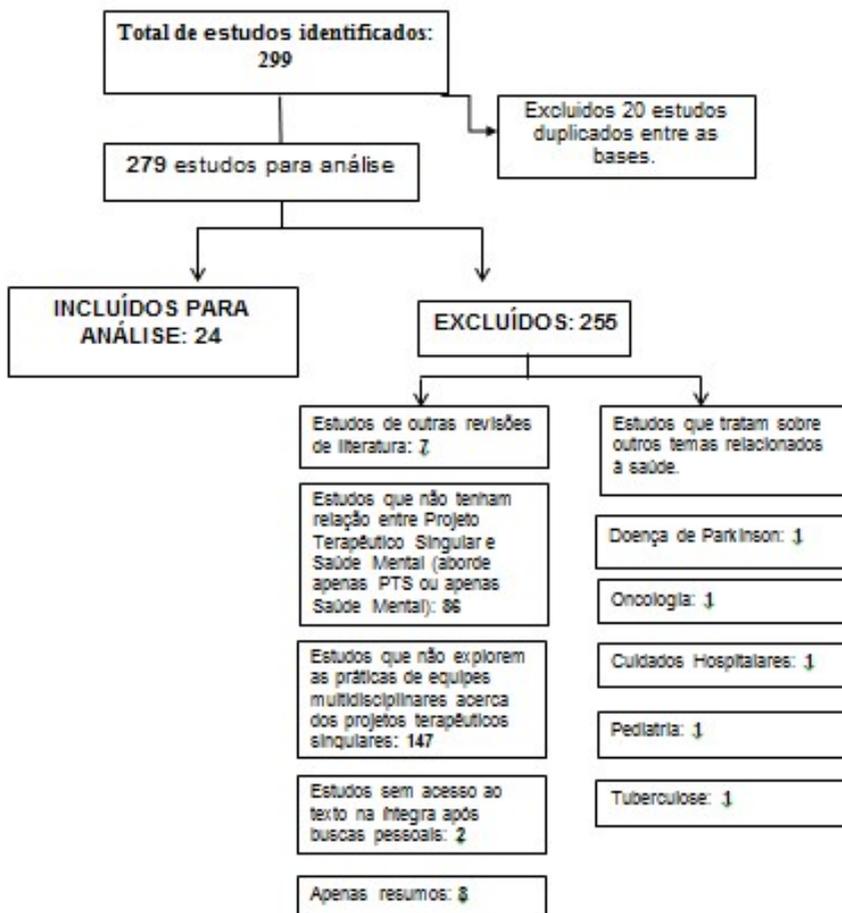


Tabela 10 - Organização dos estudos de acordo com a base de dados, nome do estudo e autores, ano de publicação, tema central e categorias.

Nº	Base de Dados	Nome do Estudo	Ano	Tema Central	Categorias
1	Scielo	JORGE, Maria Salete Bessa; DINIZ, Alexandre Melo; LIMA, Leilson Lira de e PENHA, Jardeliny Corrêa da. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental.	2015	Apoio Matricial entre CAPS e Centro de Saúde da Família na produção de PTSs.	<b>Apoio Matricial</b>  <b>Técnico de Referência</b>  <b>Protagonismo do usuário</b>  <b>O médico</b>
2	Scielo	DORIGATTI, Alcir Escocia et al. Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina.	2014	Experiência de Graduandos de Medicina, FCM/Unicamp, na construção de PTSs em um Centro de Saúde no bairro Campo Belo, Campinas.	<b>Técnico de Referência</b>  <b>Protagonismo do usuário</b>  <b>O médico</b>
3	Scielo	PINTO, Diego Muniz et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.	2011	Por meio de entrevista semiestruturada, grupo focal e observação sistemática, retrata a organização da equipe do CAPS de Sobral-CE para construção dos PTSs.	<b>Protagonismo familiar</b>  <b>O médico</b>
4	Scholar	MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W.F. . A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina	2012	Análise a percepção dos profissionais do CAPSII do estado de Santa Catarina, sobre suas próprias práticas profissionais.	<b>Apoio Matricial</b>  <b>Técnico de Referência</b>  <b>Protagonismo familiar</b>  <b>O médico</b>
5	Scholar	ANDRADE, A. T., Sousa, M. L. T., & Quinderé, P. H. D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde	2014	O estudo apresenta como tema central o <i>acolhimento</i> como prático dos profissionais do CAPS AD de Sobral – CE e analisa o quanto importante é para a	<b>Protagonismo familiar</b>

Nº	Base de Dados	Nome do Estudo	Ano	Tema Central	Categorias
				construção dos PTs e como os profissionais se articulam para realiza-los.	
6	Scholar	AMORIM, Rafaela Gomes. As tessituras cotidianas que compõem as práticas de cuidado nas relações entre trabalhadores da saúde mental e usuários	2014	Relata experiências pessoais e conversas com profissionais de saúde mental e seus pontos de vistas em relação a prática e as Políticas Públicas de Saúde. Registra como as equipes se organizam para a produção de PTs.	<b>Protagonismo familiar</b>
7	Scholar	SOUZA, Adrielle C. S. . Avaliação da estrutura e processos de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial	2015	Reata a estrutura de trabalho de profissionais do CAPS de Goiânia – GO. Expõe as fragilidades dos PTs construídos, como ausência da família e falta de reestruturação do mesmo.	<b>Protagonismo do usuário</b> <b>Protagonismo familiar</b> <b>O médico</b>
8	Scholar	PEGORARO, Renata F., LISITA Chaves, Brunna, Contribuições do arranjo “Equipe de Referência” a um Centro de Atenção Psicossocial.	2013	Descreve e analisa ao arranjo de “equipes de referência” ou “miniequipes” do CAPS II de Goiânia. Em relação ao PTs há pontos negativos como a centralização do cuidado ao usuário somente naquela equipe, ou, a ausência da família no PTs.	<b>Protagonismo familiar</b>
9	Scholar	WANDEKOKEN, Kallen Dettmann. Efeitos subjetivos do processo de trabalho vivenciados por profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.	2015	Analisa os efeitos subjetivos nos profissionais de CAPS – AD em Vila Velha – ES. Destaca-se que os PTs são criados basicamente por profissionais de ensino superior, destaca a importância do técnico de referência e a inclusão da família no processo terapêutico.	<b>O médico</b>

Nº	Base de Dados	Nome do Estudo	Ano	Tema Central	Categorias
10	Scholar	FERNANDES, Marivana de Mattos; DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; SCHMALFUSS, Joice Moreira. Facilidades e dificuldades na realização de visitas domiciliares em um centro de atenção psicossocial.	2014	O estudo explora a importância das visitas familiares. Expõe dificuldades como falta de recurso humano e as facilidades de vínculo com o usuário por meio deste instrumento de trabalho. Para o PTSS, destaca-se a criação de vínculos e melhor observação da realizada do usuário.	<b>Protagonismo familiar</b>
11	Scholar	LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade.	2013	Retrata a organização dos CAPS na região metropolitana de Porto Alegre e suas composições de equipes multidisciplinares. A maioria dos serviços se organizam por meio da construção de PTSS porém poucos envolvem a família dos usuários.	<b>Protagonismo familiar</b>
12	Scholar	MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; DE ALMEIDA COLVERO, Luciana; MACHADO, Ana Lúcia. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos.	2011	O estudo foi realizado no CAPS III de Diadema e descreve os processos de criações dos PTSS. A maior dificuldade esteve no diálogo entre equipes diurna e noturna. Ressalva a experiência de uma coordenadora do serviço que se disponibilizou a realizar reuniões noturnas para alinhar as práticas dos PTSS.	<b>Técnico de Referência</b>
13	Scholar	OLIVEIRA, E.; OLIVEIRA, M. A. F.; CLARO, H. G.; PAGLIONE, H. B. Práticas Assistenciais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool, Tabaco, e outras Drogas.	2010	Este estudo apresenta as práticas assistências de um CAPS Ad II em São Paulo e ressalta a produção dos PTSS e novas estratégias de acolhimento, realizados por uma equipe (não somente por um	<b>Técnico de Referência</b>  <b>Protagonismo do usuário</b>  <b>O médico</b>

Nº	Base de Dados	Nome do Estudo	Ano	Tema Central	Categorias
				profissional), há dificuldades para oferecer recursos terapêuticos à familiares e a reorganização do PTS acontece principalmente em relação a frequência do usuário ao serviço.	
14	Scholar	PINTO, Antonio Germane Alves. Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em centro de atenção psicossocial.	2008	Apresenta um aporte teórico sobre os arranjos dos CAPS e PSF. Relata experiências de equipe do CAPS de Fortaleza-CE. Aponta condições favoráveis aos PTS como comprometimento da equipe, avaliação contínua realizada por profissionais e usuários e o Matriciamento como favorecimento para a continuidade das práticas dos PTSs.	<b>Apoio Matricial</b>  <b>Protagonismo do usuário</b>  <b>Protagonismo familiar</b>
15	Scholar	VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira et al. Proyecto terapéutico en Salud Mental: Práctica y procesos en las dimensiones componentes de la atención psicossocial.	2016	Estudo realizado em Fortaleza-CE, no CAPS Geral e no CAPS AD. Por meio de entrevistas os profissionais revelaram suas impressões sobre os processos de construção do PTSs. Destaca-se a secção entre profissionais, não havia interdisciplinaridade, busca-se a integração para qualificar o cuidado e construção do PTS.	<b>Protagonismo do usuário</b>
16	Scholar	ARAÚJO, Lamara Nogueira et al. Projeto terapéutico para usuário de múltiplas substâncias na atenção à saúde mental: relato de experiência.	2015	Acadêmicos de Enfermagem e Educação Física, por meio de acompanhamento da evolução do prontuário de um sujeito recém-saído de uma internação	<b>Técnico de Referência</b>

Nº	Base de Dados	Nome do Estudo	Ano	Tema Central	Categorias
				hospitalar devido ao uso de SPA, expõe suas observações; o profissional que acolheu o usuário se torna TR, a falta de interesse, por parte do usuário, no PTS, e a frágil comunicação entre serviços público e privado.	
17	Scholar	DINIZ, Alexandre Melo. Projeto terapêutico singular de usuários da atenção básica e psicossocial: resolubilidade, corresponsabilização, autonomia e cuidados	2013	O estudo revela por meio de observação sistemática e entrevista semiestruturada; relata as relações entre equipes da Atenção Básica e o CAPS de Fortaleza-CE. Pontua a importância do apoio matricial; expõe a ausência do protagonismo dos usuários na relação a construção de seus PTSs; e a figura do médico destaca do restante da equipe (não participa de todas as reuniões de equipe; não atende demanda espontânea; atendimento previamente agenda e faz uso da profissional de enfermagem para secretariá-lo)	<b>Protagonismo do usuário</b>
18	BVS	<u>CARVALHO, Laura Graças Padilha de; MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa; RÉZIO, Larissa de Almeida; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia.</u> A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações	2012	Relata a experiência de acadêmicos de Enfermagem da UFMT, no CAPS de Cuiabá-MT, sobre a construção de um PTS com a usuária e seus familiares. Destaca-se a importância de criar vínculos com a usuária, o aporte de informações por meio de visita domiciliar e a	<b>Protagonismo familiar</b> <b>O médico</b>

Nº	Base de Dados	Nome do Estudo	Ano	Tema Central	Categorias
				corresponsabilidade da usuária e sua família para efetivar um PTS. Expõe que há dificuldades entre a teoria e a prática diante do modelo e arranjos de trabalho dentro do CAPS.	
19	BVS	FERREIRA, Anderson Borges. Entendendo o processo de construção do projeto terapêutico singular em CAPS	2014	O estudo analisa os modelos de construção de PTSs em CAPS da grande região de Porto Alegre. Por meio de questionários três grupos de profissionais relataram suas práticas em relação aos PTSs. Há unanimidade em relação a construção deve ser feita em equipe; o ponto de partida diverge entre os problemas do usuário e os desejos do usuário; prevalece a visão do profissional em relação as dificuldades do usuário e o a as propostas feitas por profissionais de ensino superior faz-se valer mais do que as de profissionais de ensino técnico ou médio.	<b>Técnico de Referência</b>  <b>Protagonismo familiar</b>  <b>O médico</b>
20	BVS	HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil .	2014	O estudo analisa a construção dos PTSs por equipes de saúde mental de um NASF, na cidade de Guarulhos-SP. Ressalva o apoio matricial por um serviço de referência como o CAPS; os PTSs são elaborados a partir de atividades oferecidas pelos serviços, não inclui família e território; dificuldade para atuar em rede entre os demais serviços de	<b>Apoio Matricial</b>  <b>Técnico de Referência</b>  <b>protagonismo familiar</b>  <b>O médico</b>

Nº	Base de Dados	Nome do Estudo	Ano	Tema Central	Categorias
				saúde; a figura do médico está destacada dos demais profissionais, não participando ativamente das reuniões de equipe e de matriciamento.	
21	BVS	<p><u>OLIVEIRA NETO, Antonio Bolis de.</u> O que os prontuários têm a dizer sobre os Projetos Terapêuticos Singulares em um CAPS AD III.</p>	2011	<p>Por meio de análise de prontuários o objetivo do estudo é compreender as maneiras de construção de PTSs no CAPS AD III de Porto Alegre-RS. Destaca-se a elaboração do PTS realizada pelo Técnico de Referência, a atuação da equipe ocorre em situações de crise do usuário; dificuldade para acompanhar a evolução do PTS por meio de registros em prontuários; a responsabilidade de elaboração e acompanhamento do PTS fica exclusivamente sob responsabilidade do TR.</p>	<b>Técnico de Referência</b>
22	CAPES	Ballarin et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre Saúde mental e coletiva.	2011	<p>Aborda as relações entre serviços de saúde mental e saúde coletiva. Evidencia a dificuldade dos profissionais dos serviços de atenção básica compreender as competências dos CAPS; segundo os profissionais não há conflito entre estas modalidades de serviços; profissionais do CAPS atuam com os PTS a partir da perspectiva de "produção de vida" (SIC), além da</p>	<b>Apoio Matricial</b>

Nº	Base de Dados	Nome do Estudo	Ano	Tema Central	Categorias
				diminuição de sintomas e a prática de matriciamento como processo enriquecedor dos processos de trabalho.	
23	CAPES	OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.	2007	O estudo realizado no município de Pindamonhangaba-SP em 2007 relata o quanto o uso da ferramenta PTS contribuiu para as mudanças das práticas profissionais. Para a capacitação dos profissionais fez-se uso de ferramentas auxiliares como questionários e formulários; destaca-se que a elaboração do PTS não deve partir de uma única queixa do usuário e sim a partir da visão holística; ferramenta que possibilita a participação e validação de diversos saberes; o profissional médico não elabora PTS, porém pode validá-los e o entendimento, por parte dos profissionais, que o PTS é usado para os casos mais <i>críticos</i> .	<b>Apoio Matricial</b>  <b>Técnico de Referência</b>  <b>Protagonismo do usuário</b>  <b>O médico</b>
24	CAPES	SOUZA, Ana Carolina Santos de. Processos de trabalho [no campo psicossocial] de uma equipe de referência ao CAPS III percursos para a construção compartilhada de projetos para a vida de uma usuária do serviço.	2011	O estudo descreve as relações de trabalho em uma equipe no CAPS III. Relata o protagonismo de uma usuária em relação ao seu PTS; trabalho em equipe para reorganizar o PTS; a equipe buscou criar vínculos com a usuária;	<b>Protagonismo do usuário</b>  <b>protagonismo familiar</b>