

## PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: REFLEXÕES ACERCA DA TEMÁTICA

### **Joabson Romário Borges Mendonça**

Enfermeiro. Residência Multiprofissional em Saúde. Ênfase Saúde Mental Coletiva. Escola de Saúde Pública do Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8797127382861748>

E-mail: [joabsonromario@gmail.com](mailto:joabsonromario@gmail.com)

### **Marcos Venícios Barbosa Marques**

Psicólogo. Residência Multiprofissional em Saúde. Ênfase Saúde Mental Coletiva. Escola de Saúde Pública do Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8802150571033474>

E-mail: [marcosven.2@gmail.com](mailto:marcosven.2@gmail.com)

### **Rosiane Soares Barros**

Assistente Social. Residência Multiprofissional em Saúde. Ênfase Saúde Mental Coletiva. Escola de Saúde Pública do Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8969443659649044>

E-mail: [rosianebarros13@gmail.com](mailto:rosianebarros13@gmail.com)

DOI-Geral: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2022.V1N4>

DOI-Individual: <http://dx.doi.org/10.47538/RA-2022.V1N4-14>

**RESUMO:** O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) marcou de forma indelével a maneira de se oferecer assistência em saúde no Brasil. Nesse sentido, pensar integralidade pressupõe observar o ser humano a partir da ótica holística e singular, buscando oferecer uma assistência humanizada. Estudo retrospectivo, de análise qualitativa, sendo uma revisão bibliográfica da literatura. Foi possível observar que a terapêutica pensada nas bases do PTS, destina-se a um sujeito único, singular; que necessita de um olhar holístico, integral. Nestes termos, há que se fugir da prática do “igualar” que os diagnósticos impõe. Um cuidado oferecido de forma personalizada, a partir das possibilidades do cliente, parece se constituir como meio capaz de atender as necessidades mais prementes. Em última análise, o PTS renova a capacidade profissional e o seu compromisso ético. Primeiramente, põe em discussão a flexibilização das práticas, as novas maneiras de agir, pensar e implementar, a resiliência. Por conseguinte, tratar-se-á de importar-se com o paciente, extrapolando a rotina para possibilitar mudança.

**PALAVRAS-CHAVE:** Projeto Terapêutico Singular. Sistema Único De Saúde (SUS). Reflexões.

### SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT: REFLECTIONS ABOUT THE THEME

**ABSTRACT:** The emergence of the Unified Health System (SUS) has indelibly marked the way health care is offered in Brazil. In this sense, thinking about comprehensiveness presupposes observing the human being from a holistic and unique perspective, seeking to offer humanized assistance. Retrospective study, of qualitative analysis, being a bibliographic review of the literature. It was possible to observe that the therapy thought on the basis of the PTS, is intended for a single, singular subject; that needs a holistic, integral look. In these terms, it is necessary to escape the practice of “matching” that

diagnoses impose. Care offered in a personalized way, based on the possibilities of the client, seems to be a means capable of meeting the most pressing needs. Ultimately, PTS renews professional capacity and ethical commitment. First, it discusses the flexibility of practices, new ways of acting, thinking and implementing, resilience. Therefore, it will be about caring for the patient, going beyond the routine to make change possible.

**KEYWORDS:** Unique Therapeutic Project. Unified Health System (SUS). Reflections.

## INTRODUÇÃO

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) marcou de forma indelével a maneira de se oferecer assistência em saúde no Brasil. Superada o caráter previdenciário, portanto excludente, passou-se à compreender saúde como dever do Estado, logo acessível à toda a população. Forjado por princípios e diretrizes, vislumbra atender de forma universal e integral a todos que dele necessitam.

Nesse sentido, pensar integralidade pressupõe observar o ser humano a partir da ótica holística e singular, buscando oferecer uma assistência humanizada. A humanização por sua vez, traduzida em Política, propõe novas medidas no trato de saúde. Levando-se em conta as singularidades de cada sujeito, as necessidades e determinantes, o saber e o diálogo permanente entre profissionais de diversas áreas, quer-se promover co-responsabilidades e uma gestão participativa na produção de saúde.

Neste sentido, propõe-se pensar em clínica ampliada, sendo esta a diretriz de atuação dos profissionais da saúde. Consiste basicamente na articulação e diálogo de diferentes saberes para a compreensão dos processos de saúde e adoecimento e na necessidade de inclusão dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009).

Uma das facetas da clínica ampliada é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo este produto da discussão coletiva dos profissionais e do compartilhamento com o usuário, pois as condutas terapêuticas e as metas são negociadas. Baseia-se na singularidade do usuário, na receptividade das diferenças que transcendem os diagnósticos e sua inclinação para igualar os sujeitos (BRASIL, 2009).

Em linhas gerais, o PTS constitui um modelo de cuidado pautado em ações articuladas e desenvolvidas por uma equipe de saúde, sendo ajustada de acordo com a singularidade do indivíduo, necessidades e contexto social. De acordo com o Ministério

da Saúde, este projeto trata-se de um conjunto de ações terapêuticas, embasadas em discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar, em busca de assistir as necessidades do sujeito (BRASIL, 2007).

A execução do PTS neste contexto de terapêutica constitui como estratégia capaz de produzir cuidado e visa favorecer ao acolhimento, formação de vínculo e interresponsabilização entres as partes a fim de garantir atenção continuada e integral. Por meio da escuta qualificada e deste vínculo estabelecido pelo acolhimento da equipe, pode-se avançar com habilidade suficiente para tornar o cuidado mais apropriado às necessidades do indivíduo.

A equipe de referência desenvolve o vínculo entre os profissionais de saúde, usuário e família, bem como tem a responsabilidade de direcionar a terapêutica. A equipe, para cada caso, contará com um profissional de referência, que se encarregará de acompanhar aquele paciente ao longo de seu tratamento, sendo o intermediador e aquele mais próximo, cuidando do que for necessário a se intervir ou em busca de apoio necessário (MONROE; GONZALES et al., 2005).

O trabalho em equipe, elemento essencial para elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão (DEMARCO, 2011).

Todavia, há algumas dificuldades evidenciadas neste tipo de organização: o estabelecimento e estagnação no modelo biomédico por parte de equipes de saúde, as dificuldades na comunicação e acompanhamento de todos os casos, sobretudo relacionado à demanda populacional, o não provimento de uma assistência humanizada, também a individualização e incapacidade teórico-prática de muitos profissionais, todos esses fatores somados, limitam o desenvolvimento, construção e implementação deste projeto (MEHRY, 2014)

Desta forma, julgando-se a importância de uma assistência voltada a tais intentos, busca-se por meio deste artigo, resgatar os acontecimentos históricos que subsidiaram a proposição do PTS, bem como refletindo sobre as contribuições deste, no tecer de novas práticas em saúde.

---

MENDONÇA, J. R. B.; MARQUES, M. V. B.; BARROS, R. S. Projeto Terapêutico Singular: reflexões à cerca da temática. **Revista Eletrônica Amplamente**, Natal/RN, v. 1, n. 4, p. 172-192, out./dez. 2022. ISSN: 2965-0003.



## METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, de análise qualitativa, sendo uma revisão bibliográfica da literatura. Conforme Lakatos e Marconi (2010), este método contribui para uma obtenção precisa do estado atual dos conhecimentos sobre um tema, sobre suas lacunas e sobre a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento. Da mesma forma a pesquisa qualitativa responde a perguntas muito particulares, com um nível de realidade que não pode, ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2010).

A coleta de dados deu-se no período de 10 de Janeiro a 20 de Fevereiro de 2018, sendo as bases de dados utilizadas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e National Library of Medicine (PUBMED), todas pertencentes à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram definidos como critérios de inclusão neste estudo: artigos publicados em idioma vernáculo, na íntegra, com acesso gratuito. Vale ressaltar que por se tratar de um estudo retrospectivo, não se tornou obrigatório utilizar-se apenas de publicações dos últimos cinco anos.

Para a execução da pesquisa, foi-se utilizado apenas o descritor: “Projeto Terapêutico Singular”. Os resultados apresentados foram filtrados apenas para texto completos em português e assunto principal Projeto Terapêutico Singular.

Obeve-se um total de 54 trabalhos entre artigos e teses, sendo que 21 destes atendiam aos objetivos da pesquisa. Viu-se a necessidade de se expandir o arsenal literário, tendo em vista as diversas imersões que este tema tem, sobretudo no o campo da saúde pública.

Após recolhimento dos artigos, deu-se a análise e tratamento destes. Inicialmente se propôs uma leitura flutuante, após leitura seletiva, buscando compreender o cerne de cada estudo e por fim, leitura interpretativa e resumo. Foi possível a eleição de sete categorias temáticas, que vão desde a gênese do PTS, até as contribuições deste para as práticas em saúde, constituindo o escopo deste estudo. As categorias denominam-se: A criação do SUS: Universalidade e Integralidade da Assistência; Política Nacional de

Humanização e Clínica Ampliada: nova práxis no cuidado em saúde; Projeto Terapêutico Singular: um construto coletivo; Assistência singular; Trabalho em equipe e Multiprofissionalidade; Protagonismo dos sujeitos e fortalecimento de Vínculos.

Na discussão deste artigo, preferiu-se atentar para os entraves que por vezes, podem estagnar o processo de construção do PTS, constituindo-se como desafios à nova prática terapêutica. Estes fortalecem a necessidade do planejamento e implementação do PTS, sobretudo na perspectiva de atender cada cliente de forma singular.

## RESULTADOS

### A CRIAÇÃO DO SUS: UNIVERSALIDADE E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) datada da década de 1980 incorporou a saúde na agenda político-administrativa do governo. O que outrora era direito de poucos, passara a abranger todas as parcelas da população, garantido pela ação permanente do Estado. Com uma proposta de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e direcionada por princípios e diretrizes, visou-se atender de forma integral a todos, sem distinção, na perspectiva de superar as desigualdades no atendimento da saúde (BRASIL, 2007).

Partindo de uma visão holística e singular e embasada no conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) este sistema propõe repensar o cuidado, entendendo que esta não é somente a ausência de doenças, mas qualidade de vida, à medida que se constrói possibilidades de acesso igualitário a bens de consumo que garantam dignidade como: emprego e renda, educação, saneamento básico e alimentação, transporte, cultura e lazer (BRASIL, 2007).

Conforme artigo 196 da Constituição Federal, ampliou-se desta forma o conceito de saúde, objetivando à redução dos riscos de doença e de outros agravos, garantindo-se acesso universal e igualitário aos bens e serviços.



## CLÍNICA AMPLIADA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: NOVA PRÁXIS NO CUIDADO EM SAÚDE

Pensar uma clínica ampliada pressupõe pensar saúde de forma expandida, que não se limita a diagnósticos e que está em constante construção coletiva. A valorização dos diversos profissionais, em seus saberes e questionamentos, a produção de espaços democráticos de discussão e encaminhamentos, a valorização das subjetividades e a abertura de canais para participação efetiva dos pacientes, perfazem o ideal desta clínica (CARVALHO et al., 2012).

A Clínica Ampliada destina-se a ser uma ferramenta útil na melhoria das condutas profissionais e de gestão, em vista de uma atuação além da fragmentação atual, mas valorizando o saber, a capacidade e as complexidades do outro (BRASIL, 2009b).

Para consolidar essa nova prática terapêutica, faz-se necessário coragem para enfrentar os riscos subjetivos e sociais de uma clínica baseada nos vínculos, nas subjetividades e nas individualidades de cada sujeito, somente assim, se poderá romper o modelo medicalocêntrico em detrimento de um cuidado centrado na pessoa e em suas necessidades (CAMPOS, 2005).

Os profissionais devem comprometer-se em seu papel de cuidador e educador, valorizando o ser humano em suas capacidades e potencialidades, estimulando-o ao protagonismo e a busca da autonomia, transformando sua prática em processos dinâmicos, participativos e solidários (PEREIRA et al, 2010).

A Política Nacional de Humanização, por sua vez objetiva dar ênfase aos princípios do SUS, efetivando-os nas práticas de atenção e gestão, estimulando trocas solidárias entre trabalhadores, gestores e pacientes, na prerrogativa da produção de sujeitos. Baseia-se no respeito à vida, na participação democrática, na autonomia, no protagonismo dos sujeitos, na co-responsabilização, nos vínculos, na indissociabilidade entre gestão e atenção (BRASIL, 2009).

Humanizar pressupõe reconhecer o outro naquilo que tem de mais nuclear: sua integralidade. Portanto ao se propor cuidar com humanização, há que se criar meios para que essas individualidades sejam respeitadas, ao passo que se promove autonomia, a

participação social, o respeito à equidade e a integralidade da assistência (CASATE; CORREA, 2005).

Ponderando as duas interfaces de ações que foram acima apresentadas, o desafio que se apresenta aos profissionais e gestores de saúde, é transpor os limites que foram se cristalizando: do saber, das práticas, dos tratamentos. Reconhecer que assistir o paciente significa atender todas as suas necessidades e que um só profissional não é capaz de tal intento, redireciona o foco das ações, passando da totalidade à variação, da certeza à ponderação, construindo um cuidado dialógico, ético e comprometido (CAMPOS; AMARAL, 2007).

### **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UM CONSTRUTO COLETIVO**

O PTS é uma proposta do Ministério da Saúde compreendida como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas e desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, dirigida a indivíduos ou coletividades e resultante da discussão coletiva entre equipe e usuário implicado. O PTS busca constituir-se como instrumento de organização e sistematização do cuidado, considerando as singularidades do sujeito e o contexto social em que está inserido, sendo dedicado a situações de maior complexidade clínica (BRASIL, 2009a; BOCCARDO et al., 2011).

Tendo em vista que o PTS constitui determinadas propostas de terapêuticas multidisciplinares, articuladas a peculiaridade e/ou subjetividade individual, resultado da discussão coletiva de uma equipe, com apoio matricial se necessário. Tem sua gênese no campo da saúde mental, onde se debatia a importância de uma assistência além da medicamentosa, envolvendo outros vieses fundamentais a esse processo: família, reintegração social, autonomia, independência (BRASIL, 2007).

A racionalização da assistência e a necessidade de integração de práticas distintas na evolução da assistência à saúde (nova definição do processo saúde doença da OMS), acrescenta o âmbito social, cultural e coletivo como determinantes neste processo, em detrimento a uma perspectiva limitada e unicamente biológica. Desta forma, faz-se necessário a coexistência de equipes cientes dessa necessidade, de uma visão holística do ser humano, de um cuidado que almeja ser complementado (OLIVEIRA, 2010).

---

MENDONÇA, J. R. B.; MARQUES, M. V. B.; BARROS, R. S. Projeto Terapêutico Singular: reflexões à cerca da temática. *Revista Eletrônica Amplamente*, Natal/RN, v. 1, n. 4, p. 172-192, out./dez. 2022. ISSN: 2965-0003.



Portanto, o projeto terapêutico incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência. Esse processo é possibilitado pela construção de vínculo, etapa crucial para o desenvolvimento de todo o processo (MEDEIROS et al., 2010).

De modo geral, as necessidades em saúde são traduzidas em demandas de saúde, as quais vão além das carências dos sujeitos que procuram os serviços. Exemplificando: um usuário de um serviço busca algo (as ações de saúde) que tem um valor fundamental caracterizado como autorização para que sua saúde seja mantida ou restabelecida. Assim, propicia-se o acesso a algo com um valor de uso inestimável, pois tem como finalidade a manutenção da vida, e com autonomia para exercer seu modo de caminhar (MERHY, 1997).

A logística pedagógica do PTS desenvolve-se em quatro passos: primeiramente, tem a fase do diagnóstico, que deve ser completo, resgatando o histórico biológico, social e psicológico do cliente. Também buscar compreender como o sujeito implicado responde à situação por ele vivenciada, como a sua doença, seus desejos e interesses, trabalho, cultura, convívio familiar e social (BRASIL, 2007)

Por conseguinte, dar-se a construção de metas a serem alcançadas, estas sendo de curto, médio e longo prazo. Vale ressaltar que estas metas traçadas são pactuadas com o cliente, observando também seu anseio em realizá-las. Em consonância, ocorre um processo de divisão de responsabilidades entre os profissionais. Por fim, ocorre um momento de reavaliação, fazendo-se uma leitura crítica de todo o processo, reconhecendo as dificuldades e entraves do caminho e propondo meios para superá-las, buscando fidelidade ao objetivo hora proposto (BRASIL, 2007).

Neste sentido, a dimensão singular é, pois a essência do projeto terapêutico. É o *locus* onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de criar produtos de saúde: cuidar, melhorar a qualidade de vida dos usuários, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, entre outros (SILVA; FONSECA, 2005)



Assim, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário/família. Cada profissional de referência terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio consoante necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do Sistema (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Conforme Barros (2009), um dos pontos mais importantes do PTS é seu rompimento ao modelo biomédico, na prerrogativa de atender às necessidades não somente biológicas, mas sociais e psicológicas do sujeito, de maneira específica, centrada, já que o levantamento do diagnóstico irá direcionar a conduta terapêutica multiprofissional no sujeito. A diversidade de áreas, especificidades e olhares distintos se comportam de maneira a executar e gerir o cuidado, de maneira cooperativa e compartilhada de conhecimento partindo da necessidade do indivíduo.

É notório, a partir de pesquisas relacionadas à implementação do PTS, em que é sugestivo o uso de plano e guias a fim de nortear o desenvolvimento do cuidado dispensado pela equipe ao sujeito. Logo, o objetivo fundamental é a melhoria da condição diagnosticada, sendo necessário que o plano estabelecido leve em consideração às singularidades do paciente e todos os aspectos e determinantes que a ele estão ligados (FILIZOLA, 2008).

A partir da amplitude de visão que advém do trabalho em equipe, do compartilhamento das informações, se poderá propor a adoção de atitudes, mudanças nos hábitos de vida, que poderá contribuir na adesão a terapêutica. Também, infere-se que a atuação multiprofissional proporciona ao serviço de saúde, como vantagem, maior número de pacientes atendidos na demanda; adesão ao tratamento com maior efetividade, já que não é dependente de um único profissional; individualmente, o paciente tornar-se-á multiplicador de conhecimentos, sendo difusor de educação em saúde (PEDUZZI, 2001).

Para serem definidos os pontos a serem trabalhos no PTS, os encontros da equipe e sujeito requerem organização dos serviços, devendo, portanto, contemplar lacunas, efetivar discussões de casos e, claro, decisões conjuntas. Cabe aos profissionais

envolvidos, pactuar os objetivos e atribuições, com transparência, junto aos indivíduos sob cuidados. É interessante que sempre haja espaço para que sejam discutidas propostas entre todos os integrantes deste processo: pacientes, família, equipe e até mesmo outras equipes, serviços que possam estar contribuindo no cuidado, compartilhando experiência e visões, fundamentadas no desenvolvimento do PTS (LEÃO; BARROS, 2008; FILIZOLA et al.; NUNES et al., 2008).

Em última análise, a multiplicação dos espaços de debate, a formação e o fortalecimento dos vínculos, o estímulo a reflexão dos entes, o compartilhamento das responsabilidades, promovendo horizontalização do conhecimento e do cuidado, garante uma assistência integral e holística. Sendo assim, a inovação trazida pelo PTS, está no fortalecer das novas competências a fim de se promover saúde, trazendo ganhos para usuários do serviço, os profissionais, a gestão e o sistema como um todo (MACEDO; MARTINS, 2014).

### **ASSISTÊNCIA PROGRAMADA E DIRECIONADA A UM SUJEITO SINGULAR**

Neste sessão, dar-se as discussões, frente as contribuições oriundas da prática de assistência nos moldes do PTS. O projeto terapêutico singular é um construto coletivo, pensado a partir de uma programação específica, embasada na articulação de ideias que se complementam. Surge a partir da valorização da singularidade do sujeito. Esta por sua vez, é a guisa que norteia todo o serviço que será oferecido, na perspectiva de dar centralidade ao sujeito e as suas necessidades.

Por singularidade, subentende-se como respeito às individualidades do cliente, indo além do cuidado técnico e prescritivo. Esta maneira de tratar e agir, encontra base na valorização do ser humano como um todo, sem distinção de raça, credo, favorecendo vinculação entre ambos, cuidador e ser cuidado (BOLELA, 2015).

Este contexto corrobora ao pensamento de Mororó (2010), ao afirmar que este projeto trata-se de um arquétipo daquilo que os profissionais trazem de mais positivo de sua assistência; torna-se um tipo de cuidado articulado, construído a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Este por sua vez, objetiva além da melhoria dos

---

MENDONÇA, J. R. B.; MARQUES, M. V. B.; BARROS, R. S. Projeto Terapêutico Singular: reflexões à cerca da temática. **Revista Eletrônica Amplamente**, Natal/RN, v. 1, n. 4, p. 172-192, out./dez. 2022. ISSN: 2965-0003.



sintomas, uma ação mais conjunta, interligando as diversas possibilidades da vida e modificando o curso do adoecimento.

A fim de que aconteçam elaboração e operacionalização do PTS, faz-se necessário utilizar-se de uma metodologia de trabalho bem definida, a partir de eixos norteadores: deve-se dar centralidade à pessoa e suas demandas; fortalecimento de vínculos de parceria entre equipe e usuário; a articulação dos recursos do território nas ações executadas; dar ênfase no contexto da pessoa; primar por uma construção compartilhada e dialogada e por fim elencar metas a serem alcançadas (BOCCARDO et al., 2011).

O PTS é composto de quatro fases ou momentos, a saber: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão das responsabilidades e por fim a reavaliação do serviço prestado. Este contribui para efetivação da Política Nacional de Humanização à medida que torna-se espaço democrático de construção de cuidado, ao agregar o saber tanto de profissionais, quanto dos pacientes implicados.

Inicialmente faz-se uma observação da realidade vivenciada pelo paciente; o meio no qual ele está inserido, bem como, avalia-se os diversos aspectos de sua vida: biológica, psicológica, social, espiritual. Logo, a partir das debilidades encontradas, traçam-se metas a serem alcançadas, essa negociação é feita entre equipe e usuário. Por conseguinte, dar-se o passo de divisão das responsabilidades, onde o coordenador será aquele profissional que tem melhor vínculo com o paciente. O último momento seria uma reavaliação, em vista de rever as decisões tomadas, os desafios e os entraves encontrados, bem como as pequenas vitórias alcançadas (LINASSI et al, 2011).

Nesta perspectiva, percebe-se que o PTS se baseia num conjunto de ações com tempo e objetivos bem delineados. Todavia, Oliveira (2007) critica a rigidez dos protocolos, sob a perspectiva da geração de normatizações que afasta a possibilidade do ideal da singularidade a que este projeto se propõe.

Seguindo a mesma lógica, pode-se afirmar que o termo projeto pode se tornar problemático por remeter a algo previamente pensado que deve ser seguido fielmente, sem extrapolações. Todavia se pode compreender como meio que aponta caminhos, coordenadas, num fazer que vai se redescobrimo e se renovando (SERRES, 2008).

Ponderando todas as visões e entendimentos, vai se percebendo que o PTS ganha eloquência à medida que é capaz de ofertar transformação na história daqueles que dele tomam parte, bem como ganha vivacidade, quando se integra às possibilidades da vida e a partir delas propõe suas atividades.

Nesse sentido, o projeto terapêutico singular torna-se um espaço para transformação: dos profissionais, dos pacientes, de seus familiares, da gestão dos serviços. Essa transformação é o que garantirá que este seja mais ou menos terapêutico, considerando as mudanças em curso destes atores sociais (KINKER, 2012).

Em última análise, o processo que se constrói a partir da multiplicidade de visões e do diálogo permanente, vai se intrincando na existência daqueles que dele participam. Isso vai demonstrando que este projeto trata-se bem mais que algo administrativo, técnico, científico de procedimentos a serem aplicados, pois fala da vida e não das doenças ou de seus apontamentos (PASCHE, 2011).

## **TRABALHO EM EQUIPE E MULTIPROFISSIONALIDADE**

Um dos vieses mais importantes do PTS é ser uma construção de caráter coletivo, fruto da junção de saberes de diversos profissionais, constituindo o chamado trabalho em equipe. Esse trabalho, possibilitado a partir de muitas contribuições, garante um serviço de qualidade no âmbito da atenção primária. Já em outros âmbitos da assistência, novas ligações e conexões entre setores da saúde precisam ser feitas, a fim de atender integralmente as necessidades do cliente.

Conforme estudo realizado na Inglaterra, faz-se necessário contribuir com a lógica do trabalho em equipe, tendo em vista responder à complexidade dos sujeitos e a multicausalidade das doenças. Criar um clima de harmonia, de trocas solidárias entre os partícipes, de respeito ao saber do outro, de compreensão e de liberdade, pode garantir a geração de um cuidado mais completo, dotado de possibilidades e de saídas alternativas aos problemas encontrados (CAMPBELL, 2001).

Todavia, nem sempre as muitas necessidades do cliente são sanadas nas imediações da equipe de referência da atenção básica, necessitando, portanto da articulação de múltiplos e diferentes vetores, acionando as diversas redes que compõem

---

MENDONÇA, J. R. B.; MARQUES, M. V. B.; BARROS, R. S. Projeto Terapêutico Singular: reflexões à cerca da temática. **Revista Eletrônica Amplamente**, Natal/RN, v. 1, n. 4, p. 172-192, out./dez. 2022. ISSN: 2965-0003.



o sistema de saúde. Neste sentido, o trabalho em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é considerado decisivo no âmbito dos cuidados em saúde: implica organização e ações coordenadas de diversos setores e serviços a partir de uma visão holística do ser humano conectado a uma rede social densa e que o modifica a cada instante (MENDES, 2011).

Conforme o Ministério da Saúde, as redes de atenção à saúde (RAS), objetivam prover serviços e ações, intervindo no processo saúde-doença, com mecanismos lógicos, recursos tecnológicos e de gestão em vista de assegurar integralidade, equidade e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2010). Para sua operacionalização três vieses são considerados: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Nesses moldes, o cuidado vai sendo influenciado pelos modos de produção das conexões existentes entre indivíduos e coletivos nos mais diversos contextos grupais, denominando-se esse movimento contínuo de *redes vivas* (MERHY et al, 2014).

Um das marcas características do PTS é seu caráter democrático e participativo, sendo construído a partir de trocas solidárias entre os mais diversos profissionais que dele participam, implicando compartilhamento de percepções e reflexões, na busca da compreensão e enfrentamento da problemática em discussão (BRASIL, 2008).

Portanto essa dinamicidade, iniciada pelo trabalho em equipe e continuada pelo serviço complementar das RAS, garante completude às ações a partir de ações holísticas e integrais; também sistematização da assistência, à medida que elenca pontos de ações, oferecendo em última análise, maiores possibilidades de resolução dos casos.

## PROTAGONISMO DOS SUJEITOS E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

O vínculo é possibilitado, primordialmente, quando o acolhimento é eficaz. Sem este passo inicial, todo o processo conseguinte poderá ser dificultado. Acolher significa incluir, envolver-se, sendo esta uma característica marcante dos processos de relação e encontro. Também, denota reconhecer a individualidade de cada pessoa, sua singularidade, sua peculiaridade, suas agruras e alegrias, bem como suas dificuldades e potencialidades. Em saúde, este termo se ramifica em: qualificar o processo de escuta, a

---

MENDONÇA, J. R. B.; MARQUES, M. V. B.; BARROS, R. S. Projeto Terapêutico Singular: reflexões à cerca da temática. **Revista Eletrônica Amplamente**, Natal/RN, v. 1, n. 4, p. 172-192, out./dez. 2022. ISSN: 2965-0003.





garantia do acesso, a vinculação com o cliente, bem como resolutividade em muitos casos (BRASIL, 2010).

Há que se valorizar os vínculos; Esse processo possibilita trocas responsáveis e solidárias entre profissionais, família e usuário. É uma ponte capaz de oferecer acesso à intimidade do cliente, reconhecendo suas necessidades, distinguindo aquilo que deve ser prioridade. Para a equipe, esse processo poderá oferecer balizas para o cuidado: a partir do conhecimento dos riscos e vulnerabilidades, facilitando a proposição de uma assistência de acordo com as necessidades elencadas (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Vai se clareando o seguinte fato: a autonomia do cliente é facilitada, quando este encontra apoiadores na construção de seu projeto, sejam sua família, sua rede social ou a equipe de saúde que o acompanha. Um espaço democrático, que valorize a verbalização de opiniões e sentimentos, por meio de uma escuta atenta da equipe, parece se constituir como meio fértil para co-responsabilização, reinserção social e autonomia (BRASIL, 2004).

Em saúde, o termo vínculo é entendido como uma relação de trocas entre profissionais e usuários, sendo a confiança um dos termos-chave. É, pois, a garantia de um cuidado longitudinal e integrador, a partir de uma postura acolhedora. Objetiva, a seu termo, garantir a possibilidade de modificações de comportamento, propiciando compartilhamento nos cuidados em saúde (QUEIROZ; PENNA, 2011).

Essas tecnologias leves vêm se mostrando cada vez mais eficiente na realidade da Atenção Primária à Saúde, sobretudo no que concerne a forma de atendimento, bem como a receptividade a ele dispensado. A maneira de acolher, o processo de humanização envolvido, os vínculos estreitos e contínuos que estão em constante construção, são elementos centrais na garantia da universalidade, equidade e integralidade do cuidado (VIEGAS, 2012).

Conforme pensamento de Souza et al. (2010), o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários ganha uma conotação de ligação, laço que para coexistir necessita de trocas constantes, relações de cuidado, dinamicidade de afeto, de preocupação, atenção e interesse. Constitui-se ainda como uma tecnologia leve e interacional, estabelecendo-se

como fator primordial para o sucesso e o não abandono do itinerário terapêutico que se está sendo proposto.

Em última análise, viabilizar um cuidado a partir da proposição de vínculos, implica redefinir o objeto, as estratégias, as tecnologias, os modos de fazer, confluindo para a valorização das relações. Colocar em prática estas estratégias na realidade da APS é compreender que o sujeito deve assumir as coordenadas de sua saúde de maneira responsável e independente, de acordo com suas possibilidades, bem como contar com uma equipe que o valorize em sua singularidades, à medida que inclui também sua família no processo terapêutico.

## DISCUSSÃO

Por todas as reflexões já tecidas, é possível delinear a trajetória de construção do projeto terapêutico singular, sobretudo em seus ideais mais característicos. Nesta sessão, se debaterá sobre as problemáticas que interferem na implementação do PTS. Estas por sua vez, são oriundas a partir da transcrição das entrevistas e da coletas de dados. Inicialmente se discorrerá sobre a demanda, que quando em grande quantidade, pode limitar a atuação da equipe de saúde implicada.

O PTS constitui-se como uma construção longitudinal, isto é, um tipo de assistência em longo prazo, demandando disponibilidade de tempo para que se desenvolva. Todavia ainda se avaliam os serviços pela lógica da produtividade, da quantificação dos dados e números; Nessa perspectiva, corre-se o risco de barganhar a realização de um PTS, mesmo quando sua necessidade está comprovada (MONTEIRO et al., 2009).

A Estratégia Saúde da Família deve oferecer assistência de saúde, a partir da lógica da descrição de sua população, que gira em torno de quase quatro mil pessoas, sendo que cada agente comunitário de saúde deverá acompanhar cerca de no máximo 750 pessoas. São 40 horas semanais de serviço, cumpridas por uma equipe multiprofissional de saúde, salvo os profissionais que seguem outra carga horária de serviço (BRASIL, 2011).

Na conjuntura apresentada acima, ver-se um número exacerbado, tanto da demanda populacional, como da carga horária vinculada; A união destes dois elementos

confluem para complexar a possibilidade de um acompanhamento melhor de todos os casos, por vezes passando despercebidos aqueles mais graves.

A demanda constitui-se como uma problemática, devendo ser alvo de discussões e estudos mais avançados. Há dois tipos: a espontânea e a programada. A primeira surge inesperadamente, normalmente portando queixas agudas. A ESF, como ordenadora do cuidado, deve atender a estes, tendo em vista a resolubilidade que esta consegue oferecer na grande maioria dos casos, bem como na problematização destas queixas junto ao paciente (BRASIL, 2010).

Já a demanda programada, é fruto de um cuidado mais horizontalizado, a partir de queixas de caráter crônico. Esta, por sua vez, desafia os profissionais de saúde, quando se leva em conta a necessidade de um processo de trabalho embasado no planejamento das ações. Seu viés longitudinal, possibilita acompanhamento, bem como a tomada de decisões e direcionamentos. Há organização de uma agenda, devendo os profissionais se organizarem para atender de acordo com esta (VELLOSO, 2012).

A união destas demandas, bem como os outros afazeres que perfazem a realidade da atenção básica, impõe rapidez e superficialidade em muitos casos, se tornando um motivo para a não constituição de PTS.

Pelo exposto nas categorias anteriores, vai se percebendo que um dos traços mais característicos do PTS é seu viés coletivo, isto é constrói-se a partir da multiplicidade de visões e ações dos mais diversos profissionais que compõem a equipe. Neste sentido, a comunicação efetiva entre as partes é o esteio norteador desta possibilidade terapêutica.

Em contraposição, o isolamento profissional constitui-se como um grande entrave ao planejamento, elaboração, implementação e execução do PTS. A individualização das práticas e da terapêutica colabora para a descontinuidade dos cuidados, bem como para uma abordagem deficitária, imediatista e verticalizada.

Não é incomum que profissionais de saúde convivam diariamente com problemas de comunicação, gerando descontinuidade do cuidado, secção dos serviços e insatisfação profissional; Isto impede que o trabalho possa transcorrer de maneira mais eficaz e produtiva. A relação entre os profissionais pode ser meio de agregação ou desagregação, isto é, possibilitando ou não trocas entre esses trabalhadores (BROCA; FERREIRA, 2012)

O diálogo entre os profissionais, condição primordial nas relações, possibilita A comunicação é ainda denominada como meio eficaz na obtenção de informações pontuais que permite a continuidade da assistência.

A hierarquização das relações, compreendida como uma ação autoritária, onde alguém é tido como mais valor que outro, contribui para efetivação de assimetrias, gerando um ambiente competitivo, de dominação, pouco criativo (BERLO, 2003). Conforme o pensamento de Merhy (2014), quando sobressaem-se relações hegemônicas seja entre profissionais, seja entre profissional-usuário, o cuidado pode se tornar dificultado, tendo em vista o imperativo do cuidado integral em saúde, tangenciado pela humanização, pelo vínculo e corresponsabilização terapêutica.

Neste sentido, primar por uma assistência compartilhada, demanda ressignificar os conceitos face às necessidades de humanização, em vista de potencializar os espaços de trocas, possibilitar interação, valorizar os saber do outro, enriquecendo desta forma os horizontes de saberes e fazeres em saúde (AYRES, 2004).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que a terapêutica pensada nas bases do PTS, destina-se a um sujeito único, singular; que necessita de um olhar holístico, integral. Nestes termos, há que se fugir da prática do “igualar” que os diagnósticos impõe. Um cuidado oferecido de forma personalizada, a partir das possibilidades do cliente, parece se constituir como meio capaz de atender as necessidades mais prementes.

Atribuir singularidade a cada caso pressupõe um cuidado sempre renovado, pautando-se na adaptação da clínica ao cliente. Desta forma, inicia-se um processo de desconstrução e ressignificação das práticas e dos saberes, na perspectiva de responder de forma eficaz às complexidades dos sujeitos.

Favorecer a participação social, o apoio da família, o convívio social são medidas de caráter positivo para a construção de PTS. Considerar o saber e as percepções do cliente frente a sua terapêutica bem como integrar a sua família no processo, constituem-se como medidas que favorecem a inclusão do cliente na discussão. Utilizar-se de meios

sociais e potencialidades presentes no território garante um fazer ainda mais completo ao considerar o meio no qual o cliente convive e suas realidades cotidianas. Desta forma o cliente passa da passividade à atividade, do absenteísmo à prática de cidadania.

Para que haja implementação do projeto terapêutico singular, há que se considerar a importância do fortalecimento de vínculos, pois é ele que garante interação, troca de responsabilidades, bem como coesão entre equipe e usuário. Essa tecnologia leve é de extrema importância para o sucesso da terapêutica, pois embasa suas ações a partir da valorização das relações.

Primar o trabalho a partir da lógica da equipe, do fazer compartilhado, da busca pela completude, da compreensão que somente uma forma de saber é incipiente às demandas do cliente, constituem estratégias de fortalecimento da prática do PTS. Ao trabalho em equipe, somam-se outras forças e redes de cuidados; estes atores sociais constituem-se como pontos de apoio à continuidade do cuidado.

O caráter multiprofissional é um dos vieses mais característicos da construção e implementação de projetos terapêuticos singulares. O “sentar-se em roda”, favorece a multiplicidade de visões. Esta por sua vez garante completude às práticas de saúde. A troca de saberes, expectativas, dúvidas, percepções, esperanças favorece a transversalidade das práticas e a horizontalização dos poderes.

Para se atender a todas as intuições, faz-se necessário romper a lógica da secção das ações, passando a compreender o trabalho a partir da lógica da multiplicidade de olhares, descentralizando os saberes e possibilitando trocas entre os diferentes sujeitos implicados no PTS, garantindo abrangência das ações e serviços.

Percebeu-se que a partir da união entre os diversos saberes, bem como a integração dos profissionais, clientes e familiares, inicia-se um processo pedagógico. Prova disso está na articulação das ideias, na valorização das subjetividades, na preposição de resiliência aos participantes, nas condutas e metas que são traçadas. Desta forma é possibilitada aprendizagem, mudança de consciência e um cuidado dialógico.

Ao visar pacientes em conflito, oferece luzes para atender às necessidades destes; ao desafiar a equipe a não se contentarem com tratamentos convencionais, remete-os



a necessidade de práticas inovadoras, capazes de incluí-los e os responsabilizar por sua própria saúde.

Para que o PTS encontre alicerce às suas ações, faz-se necessário um espaço físico e social adequado, que possibilite ambiência, acolhimento, oferta de serviços, integralidade dos cuidados. Acredita-se que a Política Nacional de Humanização possa oferecer vivacidade a tal intento. Propõe a execução de práticas de democratização da gestão, ofertando ferramentas e dispositivos para a consolidação das redes, para a co-responsabilização entre as partes, garantia de recursos e insumos, entre outros.

A humanização deve nortear todas as ações em saúde, ao passo que direciona estratégias e métodos de articulação de conhecimentos, ações, e prática, bem como a integração dos diferentes sujeitos, potencializando a garantia de uma atenção integral, resolutiva e incluyente, evitando verticalização das práticas de saúde.

O Projeto terapêutico singular, encontra alguns entraves à sua implementação. O isolamento profissional é visto como um grande desafio a ser superado, tendo em vista a necessidade de um cuidado continuado e complementar. A hierarquização das relações impossibilita horizontalização do cuidado, bem como descaracteriza o fazer coletivo e compartilhado, premissas basilares do PTS.

Em algumas equipes de saúde da família, ainda sobressai o pensamento medicalocêntrico e as práticas biologicistas. A figura do médico é tida como central, em detrimento a valorização dos outros profissionais. Também o fazer é baseado na queixa-conduta, na redução dos usuários a um recorte diagnóstico ou burocrático – compreende-se o que o fim do PTS é outro, superando essa fragmentação.

A busca de solucionar a problemática a todo custo, constitui uma perspectiva limitante. Não se pode buscar resolutividade ou cura sempre. É preciso considerar o caráter de acompanhamento, de conforto e adaptação que permeiam o universo do PTS. Em muitos casos, só se poderá oferecer suavização da dor.

Viu-se que os objetivos deste estudo foram alcançados. Conseguiu-se abstrair dos participantes as suas percepções frente a temática proposta, bem como os processos que facilitam ou restringem a implementação destes.

É importante salientar que não foi possível a utilização de literatura mais atualizada, não favorecendo uma análise mais compatível com as realidades atuais e transformações sofridas nos últimos anos. Há necessidade de estudos mais profícuos e atuais, sobretudo no que concerne a incidência crítica do PTS, bem como sua amplitude e sugestionamentos nas práticas profissionais. Este estudo quis possibilitar a discussão, resgatando essa prática tão eloquente aos que dele tomam parte.

Em última análise, o PTS renova a capacidade profissional e o seu compromisso ético. Primeiramente, põe em discussão a flexibilização das práticas, as novas maneiras de agir, pensar e implementar, a resiliência. Por conseguinte, tratar-se-á de importar-se com o paciente, extrapolando a rotina para possibilitar mudança.

## REFERÊNCIAS

BOCCARDO, A.C.S. et al. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental.** Rev. Ter. Ocup., São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica.** Brasília, 2009 a.

CAMPOS, G.W.S., AMARAL M.A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciênc Saúde Coletiva. 2007 Jul-Ago; 12 (4):849-59.

CAMPOS, G.W.S., **El filo de La navaja de la función filtro: reflexiones sobre La función clínica em el Sistema Único de Salud em Brasil.** Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(4):477-83.

CARVALHO, L.G.P.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXERA, N.Z.F. **A construção de um projeto terapêutico singular com usuário e família: potencialidades e limitações.** O Mundo da Saúde 2012; 36(3): 521-525. **de humanização: trajetória de uma política pública.** CiêncSaude Coletiva. 2011; 16(11): 4541-8.

CASATE, J.C.; CORREA, A.K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura de enfermagem.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13 (1):105-11.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8ª ed. São Paulo: Ed Hucitec; 2004.

---

MENDONÇA, J. R. B.; MARQUES, M. V. B.; BARROS, R. S. Projeto Terapêutico Singular: reflexões à cerca da temática. **Revista Eletrônica Amplamente**, Natal/RN, v. 1, n. 4, p. 172-192, out./dez. 2022. ISSN: 2965-0003.



MONROE, A.A.; GONZALES, R.I.C.; SASSAKI, C.M.; NETTO, A.R.; VILLA, T.C.S. **Gerenciamento de caso ao doente/família com tuberculose: uma estratégia de sistematização do cuidado no domicílio.** J. Bras. Pneulmo, v.31,n.1, p. 91-92, 2005.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 43(2): 358-6, 2009.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev saúde pública[Internet]. 2001 [citado 2014 nov9];35(1):103-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

PEREIRA, A.D.; FREITAS, H.M.B.; FERREIRA, C.L.L.; MARCHIORI, M.R.C.T.; PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudos e construção da Integralidade.** In: Pinheiro R, Mattos R.A, organizadores. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2001. p. 65-112.

PINTO, D. M. et al. **Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.** Texto contexto - enferm. [online]. 2011, vol.20, n.3, pp.493-502.

QUEIROZ, E. S.; PENNA, C. M. M. **Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG.** Rev. Min. Enferm.,15(1): 62-69, jan./mar., 2011.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, vol.42, n.1, pp.127-134.

SILVA, A.L.A.; FONSECA, R.M.G.S. **Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial.** Rev Latino-am Enfermagem.

Data de submissão: 23/12/2022. Data de aceite: 26/12/2022. Data de publicação: 28/12/2022.