



ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO
NEPP- NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E PROJETOS
CAP - COORDENAÇÃO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
PROGRAMA DE BOLSA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL

KEZIA FREIRE ZANCO

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Niterói
2019

KEZIA FREIRE ZANCO

PROJETO TEAPÊUTICO SINGULAR

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção do certificado do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação.

PRECEPTOR(A): PATRÍCIA DE OLIVEIRA HOLLERBACH

ORIENTADOR(a) METODOLÓGICO(A): CLÁUDIA ESCÓRCIO GURGEL DO A.
PITANGA

COORIENTADOR(a): VALÉRIA COELHO

ÁREA: TERAPIA OCUPACIONAL

Niterói

2019

KEZIA FREIRE ZANCO
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção do certificado do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação.

Aprovado em _____

Banca examinadora:

PATRÍCIA DE OLIVEIRA HOLLERBACH

NOME DO MEMBRO INTERNO

NOME MEMBRO EXTERNO

¹ Podemos entender os territórios como percursos nos quais as pessoas fazem suas conexões com outras pessoas e objetos, produzindo sentidos (Kinker, F.; Imbrizi, J. 2015, p. 66).

Dedico este trabalho a todos os pacientes, clientes e
usuários que estiveram comigo neste processo de
aprendizagem. Obrigada!

¹ Podemos entender os territórios como percursos nos quais as pessoas fazem suas conexões com outras pessoas e objetos, produzindo sentidos (Kinker, F.; Imbrizi, J. 2015, p. 66).

¹ Podemos entender os territórios como percursos nos quais as pessoas fazem suas conexões com outras pessoas e objetos, produzindo sentidos (Kinker, F.; Imbrizi, J. 2015, p. 66).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois a Ele toda a honra e glória. A minha família pelo apoio de sempre.

Aos meus amigos de jornada, vocês foram fundamentais para o meu aprendizado e crescimento neste período. Alexandre, Camila e Thamires, vocês são demais!

À Cláudia e Valéria e que puderam acompanhar mais de perto a construção deste trabalho, e me incentivaram a não desistir. Que enxergaram potencial em mim.

À Patrícia por sua gentileza, pelo seu acolhimento, muito obrigada por estar comigo neste processo. Aproveito para estender esse agradecimento a todo o setor de terapia ocupacional. Hoje é possível perceber como foi importante estar com cada uma de vocês nesse período.

OBRIGADA!

RESUMO

ZANCO, Kezia Freire. Projeto Terapêutico Singular. 2019. 22 folhas. Monografia - Associação Fluminense de Reabilitação, Niterói - Rio de Janeiro, 2014.

INTRODUÇÃO: Monografia realizada para o cumprimento do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação. O estudo do Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi escolhido para esse estudo por se tratar de uma metodologia de cuidado que visa nortear o tratamento em saúde, tendo a prerrogativa da educação continuada para o uso e atualização sobre as novas ferramentas de cuidado disponíveis. **OBJETIVO:** Investigar, compreender e estudar a política de saúde a partir da leitura crítica do documento publicado pelo Ministério da Saúde sobre a temática estudada. **METODOLOGIA:** Esta construção teórica aproxima-se da abordagem qualitativa. E uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando o termo: “Projeto Terapêutico Singular”, objetivando encontrar experiências de implementação dessa nova metodologia de atuação em saúde **CONCLUSÃO:** Conclui-se que as iniciativas de educação continuada são um caminho para a compreensão das novas práticas em saúde. E o profissional de saúde precisa estar em constante processo de formação, elencando os pontos da teoria que embasem sua prática e desta forma produzindo ciência e sentido às práticas em saúde de forma eficaz, humanizada e singular.

Palavras-chave: Projeto Terapêutico Singular, Humanização, Terapia Ocupacional.

SUMÁRIO

RESUMO	6
SUMÁRIO	7
1- INTRODUÇÃO	8
2- INVESTIGANDO O PROCESSO HISTÓRICO DE SAÚDE DO BRASIL E A CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO EMINENTE DA CIDADANIA	10
3- O QUE É O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)?	14
4- ASPECTOS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PTS: VÍNCULO E ACOLHIMENTO	19
5- CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

A presente monografia é um cumprimento de Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação. Busca discutir sobre a nova metodologia norteadora do cuidado “O Projeto Terapêutico Singular”; a partir de uma leitura e reflexão crítica do que preconiza o Ministério da Saúde abordando reflexões de conceitos que compõe essa nova organização do trabalho em saúde.

1- INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma metodologia de cuidado que visa nortear o tratamento em saúde. Influenciado pelo campo da Saúde Mental construiu-se em uma contraposição ao modelo anteriormente estabelecido para o tratamento da pessoa em sofrimento mental, centrado no conhecimento e ações médico/psiquiátrico (Carvalho *et al*, 2012). Agora se difunde em outros campos da saúde em contraponto ao modelo biomédico. O PTS emerge de uma clínica que se vê insípida, não correspondendo à pluralidade de fatores que perpassam o indivíduo em sofrimento, que se constitui de aspectos biológicos, psicológicos, sociais; espirituais, familiares, culturais, dentre outros, que os constitui sujeito único, singelo, singular; com territórios físicos e existenciais¹.

A decisão por este estudo se dá pela prerrogativa da educação continuada como meio de atingir a implantação e a busca por fazer o melhor uso das novas ferramentas para o cuidado em saúde, advindos do novo paradigma. Baseado na concepção de saúde da OMS “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Tendo a emancipação e autonomia do sujeito como os objetivos a serem atingidos (BRASIL, 2002).

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo que objetiva investigar, compreender e estudar a política, construído com base na leitura crítica do documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2008, intitulado “CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”. Elaborado em forma de Cartilha pela Política Nacional de Humanização (PNH) que com este, e outros dispositivos e ferramentas, objetiva contribuir para a consolidação de “redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores”, e deste modo

¹ Podemos entender os territórios como percursos nos quais as pessoas fazem suas conexões com outras pessoas e objetos, produzindo sentidos (Kinker, F.; Imbrizi, J. 2015, p. 66).

“efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2008, p. 7).

Essa construção teórica aproxima-se da abordagem qualitativa, pois além do documento apontado acima usou estudos teóricos sobre a temática do ‘Projeto Terapêutico Singular’, e demais temas pertinentes à sua compreensão. Alguns destes textos foram indicados pelas orientadoras. Os demais, encontrados a partir de uma busca pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando o termo: “Projeto Terapêutico Singular”, com o objetivo de encontrar experiências de implementação dessa nova metodologia de atuação em saúde. Utilizando como filtros: Documento tipo artigo, texto completo disponível, idioma português, e artigo compreendido no período compreendido de 2008 a 2018 (excluído trabalhos anteriores à publicação da cartilha); abordando o assunto principal: “Terapêutica”; “Serviços de Saúde”; “Qualidade da Assistência à Saúde”; “Avaliação de Programas e Projetos de Saúde”; “Desenvolvimento Tecnológico”; “Condutas Terapêuticas”; “Assistência Integral à Saúde”; “Atenção à Saúde”; “Humanização da Assistência” e Promoção da Saúde”. Foram encontrados 7 artigos, sendo 1 em duplicação. Ficando um total de 6 artigos, todos lidos na íntegra e utilizados nesse trabalho.

2- INVESTIGANDO O PROCESSO HISTÓRICO DE SAÚDE DO BRASIL E A CONSOLIDAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO EMINENTE DA CIDADANIA

Antes de nos adentrarmos propriamente ao tema deste estudo, consideramos importante retomar ao processo histórico de saúde do Brasil. E o faremos a partir do que nos aponta PAIM (2012) no capítulo 2 do seu livro intitulado “O que é o SUS?”.

Enquanto colônia de Portugal, a organização sanitária do Brasil se espelhava na metrópole. Os problemas de saúde eram de responsabilidade das autoridades locais (militares).

Os moradores das cidades solicitavam a presença de médicos mediante cartas ao rei, e havia a dificuldade de encontrar profissionais dispostos a migrarem para o Brasil. Surgem então as Santas Casas, e a assistência aos pobres (indigentes, viajantes, doentes) ficava por conta da caridade cristã.

Ao final do império era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder as epidemias e de assegurar a assistência aos doentes, sem discriminação. As pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos nas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia. (PAIM, 2009 - p.27)

Com a proclamação da República, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser atribuída aos estados, tendo ainda algumas ações no âmbito federal, como a vigilância sanitária dos portos. Já na chamada “República Velha” o que tínhamos era um “não sistema de saúde”. O estado entendia que só lhe cabia intervir quando o indivíduo já tivesse esgotado suas possibilidades sozinho ou pela iniciativa privada. Cada parte que compunha a organização sanitária não estabelecia relação com a outra. A marca principal desse período formado ao longo do século XX foi à separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar.

Frente às epidemias de febre amarela, peste e varíola, que comprometeram até a economia, eram desenvolvidas ações pontuais. Um marco desse período foi a criação do

Departamento Nacional de Saúde Pública, a partir da mobilização de médicos e autoridades públicas e intelectuais. Também foram implementadas instituições científicas voltadas às pesquisas biomédicas. Entretanto a saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social, as operações de campanha lembravam operações militares.

Na segunda década do século XX algumas empresas ofertavam serviços médicos aos seus funcionários mediante desconto de 2% dos seus salários. Na década seguinte teve início a previdência social no Brasil por meio das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs). Deste modo os trabalhadores vinculados a essas caixas passavam a ter acesso a alguma assistência médica. Os CAPs posteriormente foram substituídos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para cada categoria de trabalho. Em 1966 os IAPs, exceto o dos trabalhadores do estado, foram substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com a carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em Instituições Filantrópicas, postos e hospitais do estado ou municípios. Como o direito à saúde não estava vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver seus problemas de doença e acidentes, bem como o de seus familiares. (PAIM, 2006, p. 33).

Contudo, a saúde não era priorizada nem mesmo para os trabalhadores de carteira assinada. Pois os repasses eram feitos a partir das sobras das pensões e a capitalização era desviada a outros fins, como, a construção de Brasília, da Ponte Rio-Niterói; dentre outros.

O sistema público do Brasil nasceu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Existindo também as filantropias.

Mediante as críticas às campanhas sanitárias e as resistências da população às intervenções autoritárias, momento em que foram inseridas propostas de educação sanitária e centros de saúde. Nesse período também apareceram os primeiros sanitaristas. Posteriormente o Departamento Nacional de Saúde Pública, que estava

vinculado ao Ministério da Justiça, passou a fazer parte do Ministério da Educação e Saúde; e posteriormente apenas Ministério da Saúde.

Neste momento a Saúde Pública não estabelecia nenhuma relação medicina previdenciária, ou a saúde do trabalhador.

Separava artificialmente a prevenção e cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde. (...) a organização dos serviços de saúde do Brasil antes do SUS viviam em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas com saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e progressivamente empresarial. (PAIM, 2006, p.31)

Enquanto isso as condições de saúde da população se modificavam. Do predomínio de doenças decorrentes de pobreza (tuberculose, verminose, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras); às chamadas morbidades modernas (doenças do coração, neoplasias, dentre outras), assim como o envelhecimento da população; e o crescimento de doenças crônicas e degenerativas, além dos traumas.

No governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) o desenvolvimento industrial contribuiu para o fomento da assistência médica-hospitalar em detrimento da saúde-pública. E este modelo só foi crescendo, enquanto o repasse de verba para a saúde pública reduzia. Nesse período houve o aumento da mortalidade infantil e o retorno de doenças antes erradicadas. O país passava por uma séria crise de saúde.

Ao invés do investimento na saúde do setor público, o governo optou por contratar serviços privados para seus segurados. Otimizando assim o desmonte dos serviços públicos; e também a corrupção na contratação dos serviços. O fenômeno denominado privatização a corrupção se intensificava, pois por meio da execução de tratamentos e procedimentos desnecessários se lucrava mais.

A lógica da medicina liberal, posteriormente medicina empresarial, consistia em uma relação comercial de compra e venda de serviços, na qual o consumidor não dispõe de informações suficientes para fazer escolhas.

Paralelamente coexistiam as filantropias, que até a Constituição de 1988, recebiam renúncias fiscais do governo e repasses da previdência, quando seus segurados eram ali atendidos.

Da passagem de 1970 para 1980, a chamada saúde suplementar foi se desenvolvendo, com os seguros de saúde. Mais uma ação da iniciativa privada.

Havia uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, ou recebendo serviços de baixa qualidade.

Para enfrentar os problemas e democratizar a saúde no Brasil, foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implementação do SUS. (PAIM, 2006, p. 39)

No I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) formulou pela primeira vez a proposta do SUS.

O Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de assistencialismo exclusivo ou modelo residual, até a década de 1920. A partir dos anos de 1930, adotou o seguro social para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição de 1988, onde a SAÚDE é compreendida como um direito do cidadão vem tentando implantar a seguridade social, a partir da qual foi concebido o SUS.

Enfim alcançamos a saúde como direito de todos, um direito social, vinculado ao estado de cidadania. Mas como nossas ações chegam a todos e fazem sentido a cada um? Hoje temos a saúde como um direito universal em nosso país, contudo outros desafios se colocam. Buscando contribuir com uma saúde que se preocupa com a necessidade de cada um que o PTS se apresenta como ferramenta norteadora de cuidado.

3- O QUE É O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)?

O PTS é uma proposta de abordagem no âmbito da saúde numa equipe multiprofissional. Mas tem apresentado a necessidade de acontecer de maneira interssetorial, ao perceber que um sujeito em sofrimento não deixa de pertencer e demandar de multi-setores. Sua finalidade principal é a construção da autonomia e reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos e deveres civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Carvalho *et al*, 2012, p. 522), autonomia que o autor elucida como um processo, uma construção. A proposta do PTS chama o profissional a um exercício de empatia, e o convoca a olhar com outras lentes até situações costumeiras a sua rotina e experiência prévia. E para Carvalho et al (2012), essa construção se estabelece e se potencializa ao ter a família e demais componentes das redes sociais envolvidos. Pensamento que Boccardo et al (2011) concordam e reiteram que para tal movimento acontecer devem-se criar estratégias para a ampliação dos espaços de participação dos usuários e suas famílias. Desta forma constituindo-se a lógica de corresponsabilização do cuidado.

Norteando o cuidado da pessoa com deficiência, as diretrizes estabelecem que o eixo central do tratamento deva ser a construção de um Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2012).

Advinda das propostas de humanização do cuidado, e da clínica ampliada “incorporando à prática aquilo que era tradicionalmente considerado extra clínico” (Couto e Delgado, 2010) o PTS é um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2008). O Projeto Terapêutico Singular emergiu da Política Nacional de Humanização (PNH), e por sua vez vem como estratégia do Ministério da Saúde a reafirmar o HumanizaSUS, que compreende por humanização a valorização e implicação dos diferentes atores no processo de produção de saúde. (BRASIL, 2007).

Esses novos conceitos vêm sendo pensados e desenvolvidos com a evolução do pensamento sobre saúde, mudança de paradigma biomédico para o biopsicossocial, que tira o foco da doença que acometeu o sujeito e o direciona para o sujeito acometido, levando em consideração o sujeito como um todo.

Geralmente direcionados a situações mais complexas, não necessariamente na complexidade da patologia; mas junto com o usuário, família e equipe volta-se para a complexidade da organização do seu cotidiano nessa nova realidade.

É uma metodologia dinâmica e viva, pois somos vivos; e vivendo estamos em constante movimento, com novos desejos, sonhos e objetivos que nos movem que nos tornam singulares. Vivifica com a participação de todos os atores envolvidos possibilitando e demandando processos de reavaliação crítica constante. Boccardo *et al* (2011), apontam que as reuniões de equipe são o espaço central de reflexão das práticas e de produção de conhecimento, no contexto da adoção dos princípios da integralidade e horizontalização do saber. Deste modo entendemos que a participação de toda a equipe nas reuniões como ponto fundamental para se pensar os planos norteadores do tratamento, entendendo este espaço também como fomentador de aprendizado e matriciamento de toda a equipe.

Segundo Azevedo (2017), a elaboração de um PTS trata-se da produção de novos sujeitos e novas práticas; uma produção que se advoga necessária para a construção de possibilidades para além dos saberes e práticas estanques. No texto desta política (BRASIL, 2008), destaca-se que o nome da metodologia carrega em si um conceito importante à sua concepção. Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, além de colocar que este pode ser desenvolvido não só para indivíduos, mas para grupos e coletivos, destaca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação. Distanciando este da prática, pautada nos diagnósticos que tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças, e conseqüentemente as ações e procedimentos prestados.

Alarcon (2017) compara nossa estratégia de mapear territórios físicos para apontar a cartografia como recurso capaz de facilitar o processo de construção de um PTS, mas aponta que essa compreensão se dá pelo entendimento do que é singular. Concordando com o disposto anteriormente, destaca que “singular se opõe especialmente a individual”, explicando que essa segunda expressão não abarca “as maneiras de viver e pensar de nós mesmos e das outras pessoas”(ALARCON, 2017, p.139).

A construção do PTS não traz em si uma receita a ser seguida. Contudo, O Ministério da Saúde estabelece momentos que ordenam essa construção: 1) Diagnóstico biopsicossocial; 2) Definição de Metas; 3) Divisão de responsabilidades; e 4) Reavaliação, como proposto no documento.

1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele. 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, **que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.** 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. (BRASIL, 2008, p. 41) (grifo nosso)

Destacamos que o PTS só tem sentido quando feito pelas pessoas que acompanham o sujeito. Contudo, não necessariamente o sujeito precisa estar nas reuniões de construção, mas a negociação deve ser feita com ele. Negociar o que implica em uma pactuação entre as partes; negociação que deve partir do ponto que o que foi estabelecido em reunião de equipe não está definido até que o sujeito também esteja de acordo, podendo colocar seus pontos, tendo sua voz ativa. E isso perpassa ao trabalho da equipe de fazer valer o direito do usuário de obter todas as informações sobre o seu caso.

Em pesquisa documental realizada por Boccardo, *et al*, (2011); e que objetivou compreender e discutir e identificar a importância da construção de projetos terapêuticos e os meios para a sua operacionalização; encontramos que:

[...] a construção do PTS requer a transformação do modelo assistencial e a reorganização dos serviços, pois a forma como estes são organizados pode facilitar ou dificultar a construção das estratégias previstas para a efetivação do PTS. (BOCCARDO, A. C. S. *et al*, 2011, p. 87)

O Projeto Terapêutico Singular é um norteador do tratamento, sendo ele concebido de forma interdisciplinar/multidisciplinar e tendo o usuário/família/demais atores como co-participantes dessa construção e do tratamento. Todos são também corresponsáveis por seu acompanhamento. Tanto cada um da sua parte como do todo. Para isso é importante cada profissional saber seu papel na equipe e também entender que nem um saber se sobrepõe ao do outro. Sejam os saberes entre as categorias profissionais, como os saberes extra instituição (como família, rede, e outros setores). Deve então ser construído:

[...] em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida. (BRASIL, 2012).

Apontar que nessa construção é importante montar estratégias, construir espaços para a participação familiar. Espaços que permitam o esclarecimento de dúvidas, o acolhimento, apontem possibilidades, implique e corresponsabilize o sujeito e sua família no processo, como participantes ativos.

[...] as diferentes perspectivas teóricas e práticas dos profissionais, o estilo e a comunicação da equipe, as relações de poder estão em íntima relação com a forma como se dá o diálogo com os usuários, definindo se estes poderão ser vistos mais como doenças que como pessoas, se serão os protagonistas da própria organização do trabalho em equipe, ou se serão submetidos à condição de objetos de intervenção. (KINKER, F.; IMBRIZI, J. 2015 p. 67)

Desta forma, quando colocamos o foco no sujeito doente e não na doença, precisamos ter claros os limites institucionais, e saber se articular com a rede de serviços e setores. A construção do PTS deve estabelecer relações intersetoriais, admitindo que o sujeito perpassa e demande de diferentes setores, que os possíveis desdobramentos, ou até a causa de sua doença são advindas de diferentes motivos, seria então, ingênuo pensar que uma única instituição ou um único setor seria capaz de absorver, resolver, administrar todas as questões de um sujeito que se apresenta com necessidades multi-setoriais.

Assim, nas novas práticas, o trabalho em equipe deve superar a fragmentação do conhecimento e das especificidades profissionais a fim de construir uma prática de cuidado articulada e integrada, pois só desta forma é que se consegue responder as reais necessidades das pessoas. A organização da equipe a partir do conceito de “referência”, possibilita o atendimento diferenciado e singularizado das demandas dos usuários, a melhoria da acessibilidade aos serviços, recursos e profissionais e a responsabilização de todos no processo do cuidado, na medida em que compartilha e descentraliza o atendimento clínico. (BOCCARDO, A. C. S. et al 2011, p. 89).

O PTS, então, se apresenta como uma ferramenta para nortear o cuidado. E convoca dos profissionais de saúde e demais atores envolvidos nesse processo, a pensarem como ele pode ser inserido e efetivado nas práticas de cuidado de modo a propiciar a emancipação e autonomia do sujeito frente às demandas advindas dos processos de saúde-doença e demais rupturas cotidianas que venham a se apresentar.

4- ASPECTOS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PTS: VÍNCULO E ACOLHIMENTO

O processo terapêutico como um ato perpassa pelo acolhimento e vínculo. O primeiro contato do usuário a um serviço de saúde, por exemplo, pode determinar seu processo de tratamento. Carvalho *et al* (2012), colocam como o primeiro momento da construção do PTS o acolhimento, e o caracteriza como momento de se debruçar, estar e ouvir o outro (Carvalho *et al*, 2012, p. 522). Ser sensível, estar disposto e disponível a acolher, nos despir de julgamentos vindos do senso comum, e nos desprendermos de métodos e protocolos engessados.

Uma estratégia de organização utilizada pelas instituições de saúde é o chamado técnico ou equipe de referências. Contudo é importante considerar que o acolhimento não se restringe ao momento de atendimento com seu técnico ou equipe, mas este se coloca desde o momento da chegada na instituição, acesso aos serviços e espaços. Ou seja, uma atitude, não restrita a um momento ou um local.

Do mesmo modo o estabelecimento de vínculo demanda tempo, e que os usuários, por diferentes motivos, como faixa etária, patologia, cultura, nível de participação, dentre outros; demandam de mais ou menos tempo para se vincular a um terapeuta, por exemplo, e mudanças nesse processo podem vir a influenciar em seu tratamento. E essas dificuldades são compartilhadas por Carvalho *et al*, (2012), que apontam o distanciamento entre a teoria e a prática como uma dificuldade para a implementação de novas práticas, como o PTS, no serviço.

O autor, em seu estudo que teve como objetivo discutir o projeto terapêutico singular (PTS) no contexto da multiprofissionalidade ressaltando a importância de se ter esta estratégia como prática a ser incorporada na rotina dos serviços de saúde no âmbito do SUS, SILVA *et al* (2013) apontam que a leitura dos estudos selecionados permitiu observar que há um ponto de convergência central na concepção de que o resgate da cidadania é objetivo final das estratégias de cuidado, e que esta finalidade só pode ser alcançada na singularização das necessidades promovida pelo projeto terapêutico. E que os autores pesquisados são unânimes ao considerarem que o foco da construção e

desenvolvimento do PTS deve ser o usuário em sua singularidade, e que este processo deve contemplar ainda a participação da família e da rede social destes sujeitos. (Silva *et al*, 2013 p. 199)

5- CONCLUSÃO

Esse estudo promoveu um processo reflexivo na medida em que vislumbrava buscar a partir da leitura crítica da Cartilha da Política Nacional da Humanização sobre Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular; e na leitura de práticas em diferentes seguimentos da saúde, formas de inserir as novas metodologias norteadoras de cuidado em saúde em nossas práticas profissionais.

Todos os autores que se referiram ao PTS nesse estudo são unânimes ao direcionarem que a construção do Projeto Terapêutico Singular deve ser centrada no usuário e envolver sua rede e todos os demais atores desse processo. Deste modo, podemos identificar e retomar os aspectos que a precedem/que envolvem, e nos fazem repensar nossa prática e processos de trabalho de modo a possibilitar essa inserção do usuário e família na construção dos projetos terapêuticos.

E aperfeiçoar a transição ao modelo biomédico para o biopsicossocial, através da potencialização dos encontros, no acolhimento e vínculo. Materializando nessa construção ações norteadoras, claras e potentes para promover mais autonomia e independência ao usuário e sua família em seu processo de cuidado nas instituições de saúde que se colocam a esse novo modelo de assistência.

Conclui-se que as iniciativas de educação continuada são um caminho para a compreensão das novas práticas em saúde. E o profissional de saúde precisa estar em constante processo de formação, elencando os pontos da teoria que embasem sua prática e desta, forma produzindo ciência em saúde com sentido, práticas que aproximem todos os envolvidos de forma eficaz, humanizada e singular.

¹ Podemos entender as temáticas como pesquisas nos quais os autores fazem suas conexões com outras pesquisas e objetos

REFERÊNCIAS

Alarcon, Sergio. Saúde Pública, Saúde Mental e a Lógica Ampliada da Redução de Danos. In Soaleiro, Nina (Org.), Saúde Mental para a Atenção Básica / organizado por Nina Soalheiro. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. P. 249.

Azevedo, B.M.S. A construção do projeto terapêutico singular. APOSTILA Capacitação em Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual. APAE DE SÃO PAULO, 2017.

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.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº6, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Terapia Ocupacional. Brasília, 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12. Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

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, 2008. 60 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Carvalho, L. G. P; Moreira, M. D. S; Rézio, L. A; Teixeira, N. Z. F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):521-525.

COUTO, MCV, DELGADO, PGG. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OU, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p. 271-9.

Curioletti, Regina Maria; Colliselli, Liane; Madureira, Valéria, Silvana Faganello; Tombini, Larissa Hermes Thomas. Journal of Nursing and Health: 8 (1): e 188110. Maio. 2018.

Kinker, F.; Imbrizi, J. O Mito das Oficinas Terapêuticas. Rev. Polis e Psique, 2015; 5(3): 61 – 79

Paim, Jairnilson Silva Paim. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde)

SILVA *e tal.* Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. *Revista brasileira de Ciências da Saúde* 17(2):197-202, 2013. Volume 17 Número 2 Páginas 197-202 2013 ISSN 1415-2177. DOI: 10.4034/RBC S.2013.17.02.14