

Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa

Singular therapeutic project in mental health: an integrative review
Proyecto terapéutico singular en salud mental: una revisión integrativa

Juliana Ávila Baptista^I

ORCID: 0000-0001-6218-8270

Marcio Wagner Camatta^{II}

ORCID: 0000-0002-4067-526X

Paula Gonçalves Filippou^I

ORCID: 0000-0001-9626-5473

Jacó Fernando Schneider^{II}

ORCID: 0000-0002-0151-3612

^IHospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre,
Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre,
Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Baptista JA, Camatta MW, Filippou PG, Schneider JF.
Singular therapeutic project in mental health: an integrative
review. Rev Bras Enferm. 2020;73(2):e20180508.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>

Autor Correspondente:

Juliana Ávila Baptista

E-mail: julianabaptista89@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Broca

Submissão: 08-06-2018 **Aprovação:** 06-11-2018

RESUMO

Objetivos: analisar as características de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) utilizados na assistência ao sujeito em sofrimento psíquico na atenção à saúde mental. **Métodos:** trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura, realizada em julho de 2017. Foram utilizadas, para a coleta dos dados, as seguintes bases: LILACS, MEDLINE e BDNF. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 12 artigos. **Resultados:** evidenciou-se divergência entre o preconizado pelo Ministério da Saúde para a elaboração de um PTS com o descrito nos estudos analisados. Destaca-se a pouca participação e corresponsabilidade entre equipe/usuário na elaboração dos PTS, o excesso de encaminhamentos para serviços especializados de saúde mental, a fragmentação do saber dentro da equipe multidisciplinar e a dificuldade de compartilhar e discutir informações acerca dos casos. **Considerações finais:** aponta-se a necessidade de adequar a elaboração do PTS, e suas respectivas etapas, às necessidades de cada indivíduo. **Descritores:** Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Mental; Planejamento de Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the Singular Therapeutic Projects' characteristics in mental health care used to assist the subject with psychological distress. **Methods:** it is an Integrative Literature Review study conducted in July 2017. The following databases used to collect the data were LILACS, MEDLINE and BDNF. After applying the inclusion and exclusion criteria, 12 articles were selected. **Results:** there was divergence between what was recommended by the Ministry of Health for PTS elaboration with that described in the studies analyzed. Emphasis is placed on the low participation and co-responsibility between team/user in PTS elaboration, excessive referrals to specialized mental health services, fragmentation of knowledge within the multidisciplinary team, and difficulty sharing and discussing information about cases. **Final considerations:** it is pointed out the need to adapt PTS elaboration, and its respective steps, to the needs of each individual. **Descriptors:** Mental Health; Primary Health Care; Mental Health Services; Patient Care Planning; Integrality in Health.

RESUMEN

Objetivos: para analizar las características de los Proyectos Terapéuticos Singular utilizados para asistir al sujeto en el sufrimiento psicológico en la atención de salud mental. **Métodos:** es un estudio de Revisión Integrativa de Literatura, realizado en julio de 2017. Las siguientes bases de datos se utilizaron para recopilar los datos: LILACS, MEDLINE y BDNF. Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, seleccionamos 12 artículos. **Resultados:** hubo una divergencia entre lo recomendado por el Ministerio de Salud para la elaboración de una PTS con la descrita en los estudios analizados. Se hace hincapié en la baja participación y la corresponsabilidad entre el equipo / usuario en la elaboración de PTS, las referencias excesivas a servicios especializados de salud mental, la fragmentación del conocimiento dentro del equipo multidisciplinario y la dificultad de compartir y discutir información sobre los casos. **Consideraciones finales:** se señala la necesidad de adaptar la elaboración del PTS, y sus respectivas etapas, a las necesidades de cada individuo. **Descritores:** Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud Mental; Planificación de Atención al Paciente; Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) se mostra como uma importante estratégia na atenção à Saúde Mental, sobretudo diante das conquistas e diretrizes defendidas nas políticas públicas da saúde como a humanização, a integralidade e a equidade no contexto brasileiro, auxiliando a descoberta de novos caminhos para lidar com a “loucura”. No entanto, cabe ressaltar alguns aspectos históricos que trazem à tona a necessidade de implementação de ferramentas como o PTS.

Em 1948, ano de sua fundação, a Organização Mundial da Saúde (OMS), passa a defender um novo conceito de saúde mais abrangente e não restrito à ausência de problemas clínicos. Esta nova proposta traz a saúde como “sendo um estado de bem-estar completo, físico, mental e social”. A iniciativa da OMS de estabelecer uma definição ampla de saúde trouxe consequências muito rápidas no campo da Medicina: o conceito de saúde mental surge nesse momento, e a antiga concepção de “higiene mental” entra em desuso. Em 1948 é criada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, defendendo direitos iguais e dignidade a todos os seres humanos e condenando atos de tortura, crueldade, exílio. Estes dois fatos históricos no fim da década de 40, iniciaram as grandes e revolucionárias mudanças subsequentes na Saúde Mental⁽¹⁾.

No Brasil, as grandes transformações se estabeleceram no final da década de 1970, com as iniciativas antimanicomiais e com o começo de um modelo que visa desnudar a loucura, resgatando sua complexidade e subjetividade. Surgem, aqui, os pilares para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao longo dos anos, novos pensamentos e planos de mudanças na assistência em saúde mental são propostos, incluindo o processo de humanização da saúde na década de 1980, até a Constituição de 1988 e a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁻²⁾.

No contexto da Saúde Mental, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei nº 10.216/2001) busca assegurar a mudança do modelo manicomial de assistência por um modelo de atenção mais inclusivo e participativo da atenção psicossocial. Tais características visam assegurar os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais⁽³⁾, demonstrando a importância de criar novos dispositivos (serviços e tecnologias) para o cuidado em saúde mental.

A reforma psiquiátrica trouxe uma mudança de paradigma na assistência em saúde mental, e, dentre os desafios e necessidades lançados a partir deste movimento, está à implantação de estratégias terapêuticas multiprofissionais que favoreçam a interação entre os profissionais de uma equipe, articulando ações para proporcionar o máximo de autonomia e dignidade possível para os pacientes⁽⁴⁾.

Tendo em vista a humanização do cuidado em saúde, dentro dos princípios de integralidade e equidade estabelecidos pelo SUS, nasceu no início da década de 1990 o PTS. Trata-se de uma estratégia de cuidado, ou seja, um conjunto de propostas de cunho terapêutico, que são discutidas e construídas coletivamente por uma equipe multiprofissional. É elaborado especificamente para uma pessoa, uma família ou um grupo, com intuito de promover a integralidade e a equidade do cuidado, princípios básicos do SUS⁽⁵⁾. A construção de um PTS pressupõe uma maior participação do sujeito na elaboração, aplicação e avaliação de

seu projeto terapêutico, incentivando a participação da família no processo de cuidado com intenção de facilitar a reinserção social do indivíduo em seu meio.

Dessa maneira, um PTS tem por objetivo contemplar as necessidades do sujeito de forma singular, pois é personalizado, de forma ampla e suas ações não se restringem apenas ao atendimento de demandas relacionadas a problemas clínicos e de terapêuticas farmacológicas⁽⁵⁾.

O PTS também leva em consideração as vulnerabilidades do sujeito⁽⁵⁾ que, além de contemplar dimensões individuais, culturais, econômicas e sociais, traz uma dimensão programática, a qual diz respeito às estratégias e programas que visam o cuidado de determinada necessidade do indivíduo⁽⁶⁾. Tal compreensão o aponta como um instrumento capaz de subsidiar a construção de intervenções para enfrentar situações de vulnerabilidade a partir da problematização da situação em análise, ajustando as propostas de ação de acordo com a realidade⁽⁵⁾.

O PTS é um instrumento facilitador de ações em saúde, uma vez que estabelece e organiza o cuidado, promove a autonomia e contribui com a noção de corresponsabilidade, pois é através de um diálogo entre equipe multiprofissional e usuário, considerando as particularidades do sujeito e as características de cada caso⁽⁷⁾. O PTS é, portanto, “um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade”⁽⁸⁾.

No contexto brasileiro, o PTS, muitas vezes, é utilizado no nível primário de atenção à saúde, contando com o apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outra equipe de matriciamento⁽⁷⁻⁹⁾. O Apoio Matricial é uma ferramenta complementar e muitas vezes essencial no âmbito de Atenção Primária à Saúde (APS) que, frequentemente, necessita de um suporte especializado que possibilite uma discussão interdisciplinar para a elaboração de um PTS, ampliando as possibilidades de ação⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O Ministério da Saúde⁽⁵⁾ pressupõe que a construção de um PTS seja dividida em quatro etapas: 1) A primeira etapa se baseia no diagnóstico e análise situacional do sujeito ou coletivo em questão, avaliando sua integralidade, seus aspectos físicos, psíquicos e sociais. O objetivo é possibilitar uma conclusão a respeito dos riscos, das vulnerabilidades, resiliências e potencialidades do sujeito, suas crenças, desejos e interesses, seu trabalho, cultura e rede de apoio familiar e social; 2) Na segunda etapa, definem-se ações e metas a curto, médio e longo prazo que serão discutidas e negociadas com o sujeito ou grupo em questão, envolvendo um processo compartilhado de decisões; 3) A terceira etapa é a divisão de responsabilidades que se dá a cada um dos participantes do PTS (usuário, equipe de atenção básica, NASF ou outra equipe de matriciamento). É o momento de se definir o profissional de referência para o caso; Este deve ser a pessoa da equipe com quem o indivíduo formou maior vínculo, para facilitar o processo de cuidado e poderá, preferencialmente, ser o gestor do PTS; 4) A quarta e última etapa é a reavaliação, em que se discute a evolução do caso, os rumos, as alterações, novas metas e mudanças (se forem necessárias). Ou seja, é a etapa da realização do inventário do PTS.

Dessa maneira, observa-se que o PTS é uma importante ferramenta para os profissionais de saúde mental nos âmbitos do planejamento,

implementação e avaliação das ações de assistência ao sujeito em sofrimento psíquico. Assim, este estudo torna-se relevante na medida em que busca analisar os PTS realizados no cotidiano dos serviços de saúde que atendem indivíduos em sofrimento psíquico, permitindo uma maior visibilidade do potencial dessa ferramenta no cuidado em saúde. O objetivo desta Revisão Integrativa da Literatura é analisar as características de projetos terapêuticos utilizados na assistência ao sujeito em sofrimento psíquico.

OBJETIVOS

Analisar as características de Projetos Terapêuticos Singulares utilizados na assistência ao sujeito em sofrimento psíquico na atenção à saúde mental.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo de revisão, não houve necessidade de de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, a presente revisão respeitou as ideias, conceitos e definições dos autores dos artigos que compuseram este estudo, sendo o mesmo registrado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Tipo de estudo

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). É um método de Pesquisa Baseada em Evidências que possibilita sintetizar resultados de pesquisas sobre uma determinada questão ou temática, realizada de maneira ordenada e sistemática, e seguindo um protocolo pré-estabelecido que guia sua execução desde a definição do problema a ser investigado até a apresentação dos resultados finais⁽¹²⁾.

Coleta de dados

A coleta de dados para a Revisão Integrativa utilizou o método de Cooper⁽¹³⁾, que visa reunir e analisar os resultados obtidos na pesquisa dos estudos primários sobre determinado assunto. Por fim, servem de base que permite um maior esclarecimento acerca de determinado assunto específico. Este estudo será dividido em cinco etapas: 1) Formulação do problema; 2) Coleta de dados; 3) Avaliação dos dados; 4) Análise e interpretação dos dados coletados e 5) Apresentação dos resultados.

Tendo em vista o objetivo desta RI, a formulação do problema deu-se diante da seguinte questão norteadora: Quais as características de projetos terapêuticos utilizados na assistência ao sujeito em sofrimento psíquico? O levantamento das produções científicas foi realizado em julho de 2017 nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A escolha das duas primeiras bases deu-se por incorporarem grande volume de estudos sobre o tema proposto. A terceira apresenta

o tema de interesse deste estudo nas produções inseridas no contexto da Enfermagem.

O acesso às bases de dados eletrônicas selecionadas foi realizado por meio do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os assuntos: "Saúde mental" (*Mental Health*) AND "Projeto Terapêutico" (*Therapeutic Project*), no campo destinado à pesquisa em "Título, resumo, assunto". Optou-se pela pesquisa por meio do assunto do estudo devido à inexistência de descritores específicos para o tema, permitindo assim a captura de estudos sobre o tema proposto. A Figura 1 mostra o fluxograma das etapas seguidas até a obtenção da amostra final.

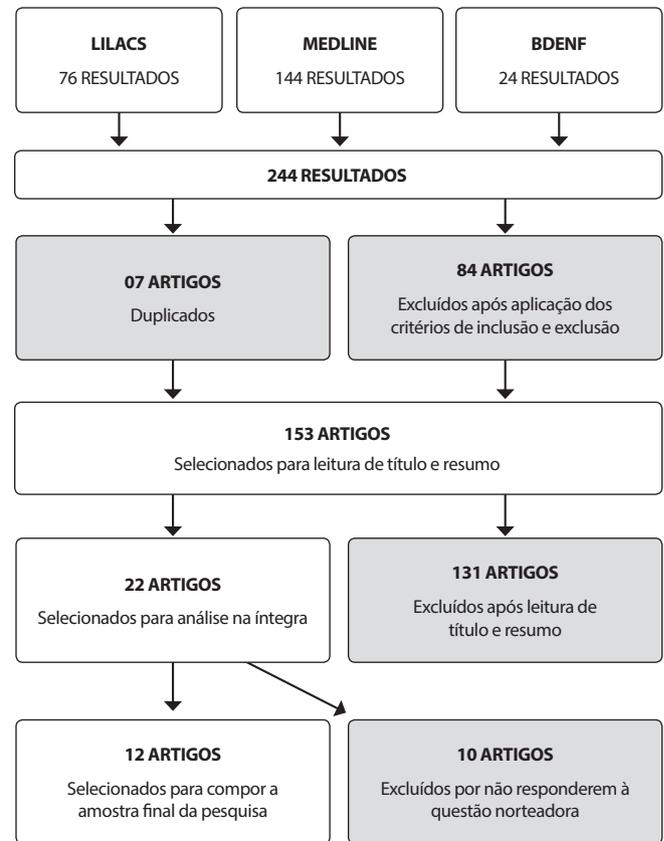


Figura 1 – Fluxograma das etapas de pesquisa, 2017

Os critérios de inclusão adotados para a amostra deste estudo foram os seguintes: estudos do tipo relato de experiência, estudo de caso e artigos originais, veiculados em periódicos nacionais e internacionais; que tenham utilizado abordagens qualitativas, quantitativas e quanti-qualitativa; publicados entre os anos de 2002 e 2016, nos idiomas português, espanhol e inglês; disponíveis *online* e com texto na íntegra. Os critérios de exclusão são: estudos que trataram de projetos terapêuticos institucionais (de serviços) e outros artigos que não abordassem o tema da pesquisa ou que não respondessem à questão norteadora.

Análise dos dados

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 12 artigos que compuseram a amostra final desta RIL, conforme demonstrado no Quadro 1, destacando o título, o local de

estudo, o ano de publicação e os principais resultados de cada artigo selecionado. Nesta etapa, os dados foram avaliados, com o objetivo de constatar sua adequação ao tema da pesquisa⁽¹⁴⁾. Foi realizada uma triagem por meio da leitura crítica dos estudos selecionados, os quais responderam a questão norteadora desta

RIL. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados, previamente elaborado para este fim, contendo dados de identificação (autores, periódico em que foi publicado, ano de publicação), objetivos, métodos empregados (tipo de estudo, participantes, local onde foi desenvolvido e técnicas de coleta) e resultados.

Quadro 1 – Título, local, ano de publicação e principais resultados encontrados

A*	Título do artigo	Ano/local de publicação**	Principais Resultados
01	A construção de um projeto terapêutico singular com usuário e família: potencialidades e limitações	2012 Mato Grosso	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento como forma de aproximação do usuário visando construção de vínculo; • Importância da visita domiciliar para incluir familiares no processo de cuidado.
02	A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde	2016 Espírito Santo	<ul style="list-style-type: none"> • Busca de respostas imediatas visando à cura, remetendo ao modelo biomédico; • Dificuldade na criação de vínculo com os usuários; • Apoio matricial como facilitador da escuta qualificada, corresponsabilidade pelo cuidado e redução de encaminhamentos desnecessários.
03	Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde	2013 Ceará	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma da equipe em enxergar demandas de saúde mental; • Importância do vínculo para a discussão de questões pouco exploradas; • Necessidade de ampliar a oferta terapêutica; • Busca da equipe em ampliar o diálogo e escuta; • Importância do apoio matricial para o cuidado em saúde mental; • Importância das tecnologias leves, da clínica dos afetos e da corresponsabilização.
04	Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental	2015 Ceará	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho médico centrado e intensa influência da psiquiatria clássica voltada para medicalização, porém dificuldade dos médicos em prescrever psicotrópicos; • Articulação com dispositivos do território para compor o PTS e tentativas pontuais de articulação em rede; • Despreparo e impotência dos profissionais em lidar com casos clínicos de saúde mental; • Falta de participação do usuário na elaboração de seu PTS; • Necessidade de educação permanente para a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF); • Estímulo ao trabalho interdisciplinar na ESF.
05	O projeto terapêutico nos CAPS de Mato Grosso: uma análise documental	2009 Mato Grosso	<ul style="list-style-type: none"> • Atuação com base autoritária, repressiva e punitiva com ênfase em regras e normas preestabelecidas; • Usuário tem a possibilidade de desligamento ou suspensão do serviço caso ultrapasse número de faltas permitidas; • Falta de acolhimento aos familiares; • Preocupação em identificar os responsáveis pelo usuário; • Falta de vínculo e participação do usuário na construção do PTS, considerando que apenas um documento trouxe a participação do usuário nas decisões de seu projeto terapêutico.
06	O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil	2013 São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de espaço físico para reuniões ampliadas e de tecnologias de comunicação básicas como telefone e computador; • Falta de capacitação para atuar na atenção primária a saúde e em saúde mental; • Ausência dos médicos das APS nas reuniões com o NASF; • Reuniões pautadas por guias de encaminhamentos, sem informações dos usuários e sem preparo da equipe para discutir os casos levados para o matriciamento; • Constrangimento, desconfiança e distanciamento entre as equipes; • Sobrecargas de trabalho das equipes dos NASF; • Falta de envolvimento intersetorial e de articulação em rede; • Sentimento de desvalorização profissional.
07	Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos	2011 São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência de registros em prontuário; • Falta de compartilhamento de informações sobre o PTS entre os membros da equipe; • Dificuldade de o turno da noite estar presente nas reuniões de discussão de casos; • Necessidade de intervenções com familiares dos usuários e de visitas domiciliares; • Necessidade de uma prática menos compartimentada.
08	Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial	2015 Ceará	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagens individuais e grupais; • Atuação de equipe multiprofissional no desenvolvimento das atividades; • Risco de fragmentação do cuidado e necessidade de atuação interdisciplinar; • Avaliação dos projetos terapêuticos por meio de consultas com a clínica médica; • Busca ativa por meio de visitas domiciliares para resgatar o vínculo; • Informações incompletas nos registros, com preenchimento inadequado e letra ilegível.

Continua

Continuação do Quadro 1

A*	Título do artigo	Ano/local de publicação**	Principais Resultados
09	Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial	2016 Ceará	<ul style="list-style-type: none"> • Participação da equipe em decisões e planejamento de ações a partir de diretrizes políticas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); • Subestimação de aspectos socioculturais; • Fragmentação do cuidado evidenciada pela especialização na organização das ações e falta de interlocução dos saberes; • Inexistência da participação do usuário no processo de discussão e elaboração de seu projeto terapêutico; • Inexistência de vinculação e corresponsabilização, evidenciando a falta de intervenções no campo socioafetivo; • Preponderância do modelo biomédico evidenciado pela formatação da oferta de estratégias de cuidado; • Desafio de garantir a construção de PTS que promova o cuidado psicossocial e consiga abranger a dimensão afetiva.
10	Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva	2011 Ceará	<ul style="list-style-type: none"> • PTS se dá com base no esforço mútuo entre trabalhador da saúde-usuário-família; • Usuários interagem a todo o momento no processo; • Priorização do trabalho em rede; • Há reuniões para a discussão do processo de trabalho; • Consideração dos espaços sociais do usuário; • Acolhimento baseado na escuta ativa e na formação de vínculo; • Interconexão entre ESF e CAPS para identificar as necessidades de cuidado dos usuários; • PTS considera as opiniões, sonhos e propósitos de vida do usuário, estabelecendo uma relação horizontal entre trabalhador-usuário-família; • Responsabilidade de acompanhamento do PTS não recai apenas no Técnico de Referência (TR).
11	Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina	2014 São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestruturada para a formação de vínculo; • Acompanhamento do caso por meio de encontros com temática sequencial; • Desafio em possibilitar ao usuário um momento de escuta e orientação terapêutica de acordo com suas próprias demandas.
12	Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família	2016 Santa Catarina	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para organizar o trabalho em equipe como entrave na elaboração do PTS como rotina; • Registros não padronizados e informações paralelas dificultando a comunicação; • Ausência de organização conjunta e planejamento das ações de cuidado para os usuários e família; • Excesso de demanda vinda dos usuários; • Necessidade de um sistema informatizado interligado para registro de informações compartilhadas entre CAPS e ESF.

Nota: * Artigo; **Unidade da Federação do Brasil.

RESULTADOS

A partir da análise dos objetivos dos estudos, evidencia-se a importância do Apoio Matricial na elaboração de um PTS demonstrando a evidente necessidade que os serviços da APS têm do apoio especializado em Saúde Mental, como ocorre com os NASF e equipes de saúde mental nos municípios.

Quanto à abordagem de pesquisa utilizada, todos os artigos selecionados são estudos qualitativos. Como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada foi utilizada em cinco dos 12 artigos selecionados (os quais não especificaram o tipo de estudo): três artigos foram do tipo relato de experiência, dois utilizaram o método de análise documental, um artigo foi uma pesquisa cartográfica, e outro foi um estudo de caso.

Quanto ao local de estudo, seis dos 12 artigos tiveram como local de estudo exclusivamente o CAPS, três tiveram como local de estudo unidades básicas de saúde, dois artigos foram realizados por meio de dados coletados tanto em CAPS quanto em unidades básicas de saúde e um único artigo teve como local de estudo um Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) e um NASF.

Entre os locais de realização dos artigos selecionados, destacam-se dois dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Atenção Básica em Saúde, englobando a Estratégia Saúde

da Família (ESF), o NAAB e o NASF que surgem como campo de pelo menos 40% (cinco artigos) dos estudos selecionados. Já a Atenção Psicossocial Estratégica, que representa as diferentes modalidades de CAPS, retrata aproximadamente 60% (oito artigos) do cenário das pesquisas integrantes desta RIL.

Salienta-se que todos os artigos tiveram como campo de pesquisa ou fonte de dados, serviços que fazem parte da RAPS, a qual foi instituída pela Portaria nº 3088/2011, republicada em 2013, tendo como objetivo principal a ampliação do acesso à atenção psicossocial, voltada para pessoas em sofrimento psíquico, transtornos mentais e necessidades em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, na dimensão do SUS⁽¹⁵⁾.

Em relação aos participantes das pesquisas selecionadas, dois artigos utilizaram como fonte de coleta de dados documentos disponíveis das instituições, como prontuários e outros dados documentais; cinco artigos tiveram como sujeitos de pesquisa, exclusivamente, profissionais da saúde; dois artigos se basearam em relatos, tanto de profissionais da saúde quanto de usuários dos serviços; um artigo, além de profissionais de saúde e usuários, contou também com a participação de familiares de usuários dos serviços; outro estudo teve como participantes da pesquisa apenas usuários e um último artigo trouxe dados advindos de usuários e de seus familiares.

Quadro 2 - Categorização dos artigos selecionados de acordo com as etapas do Projetos Terapêuticos Singulares

CARACTERÍSTICAS	ARTIGOS											
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12
1ª ETAPA Acolhimento e análise situacional do caso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Integralidade (aspectos físicos, psíquicos e sociais)	X	X	X	-	-	-	X	X	-	X	X	-
2ª ETAPA Ações	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X
Metas	-	X	-	-	-	-	-	X	-	X	X	X
Discussão com o sujeito sobre ações e/ou metas	X	X	X	-	-	-	X	X	-	X	X	X
Discussão com equipe sobre o PTS em questão	X	X	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X
3ª ETAPA Divisão de responsabilidades na equipe(s) envolvidas	-	X	X	-	-	-	X	X	X	X	X	-
Corresponsabilidade (equipe/usuário)	X	X	X	-	-	-	X	X	-	X	X	X
Estabelecimento do TR do PTS	-	X	-	-	-	-	X	X	-	X	-	-
4ª ETAPA Reavaliação do PTS com sujeito e equipe	-	X	-	-	-	-	X	X	-	X	X	X

Nota: TR (Técnico de Referência); PTS (Projeto Terapêutico Singular).

Quanto ao local de realização dos estudos, destaca-se a expressividade do estado do Ceará, sendo cenário de cinco dos 12 artigos selecionados, seguido do estado de São Paulo e do Mato Grosso com três e dois artigos, respectivamente. O estado do Espírito Santo e de Santa Catarina produziram um estudo cada. Todos os artigos foram publicados na língua portuguesa, em 11 periódicos brasileiros. Salienta-se o fato de que, apesar da busca dos artigos ter sido realizada nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, por se tratar de um tema particularmente brasileiro, os achados ficaram circunscritos apenas ao âmbito nacional.

Para realizar a análise dos PTS optou-se por utilizar como referência conceitual as etapas (momentos) preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para elaboração de um PTS: Etapa 1 - Diagnóstico e análise; Etapa 2 - Definição de ações e metas; Etapa 3 - Divisão de responsabilidades e Etapa 4 - Reavaliação. Assim, os artigos foram categorizados conforme as etapas do PTS, como demonstrado no Quadro 2.

DISCUSSÃO

A primeira etapa do PTS constitui-se em diagnóstico e análise situacional do caso, avaliando as potencialidades do sujeito, suas crenças, valores, aspectos sociais, familiares, culturais, psíquicos, físicos, riscos e vulnerabilidades. É nessa ocasião que se estabelece o vínculo inicial com o paciente, e deve-se agir de maneira empática, conduzindo o acolhimento de forma a garantir a integralidade das questões que envolvem cada indivíduo⁽⁵⁾.

Os 12 artigos estudados trouxeram como parte inicial da elaboração de um PTS o estabelecimento de vínculo e acolhimento dos sujeitos, contudo, percebe-se grande divergência na forma como esse contato inicial é realizado e conduzido.

Evidencia-se, por vezes, carência de um acolhimento adequado por dificuldade dos profissionais de realizarem uma escuta empática e qualificada, pois há uma carência na utilização das tecnologias leves em saúde (tecnologias relacionais), causando a sensação de impotência aos profissionais que, muitas vezes, temem ser agredidos pelos indivíduos em sofrimento psíquico⁽¹⁶⁾.

Uma abordagem inicial pautada em escuta qualificada é essencial para o estabelecimento de vínculo e a detecção de situações a serem discutidas e trabalhadas no decorrer do planejamento

do PTS. Entender o sujeito nos aspectos físico, social, cultural e emocional é o primeiro passo para um cuidado singular que preze por sua integralidade⁽¹⁷⁾. Uma das intervenções mencionadas em um estudo realizado em uma ESF foi o mapeamento dos recursos disponíveis na comunidade, como equipamentos e serviços de saúde, escolas e atividades culturais e esportivas, a fim de incorporá-los às ações e possibilidades de elaboração do PTS, favorecendo a integralidade do cuidado de modo a não restringir a apenas uma dimensão da vida do indivíduo⁽¹⁶⁾.

Entretanto, constata-se a dificuldade ou mesmo ausência de articulação intersetorial e atendimento em rede, principalmente em questões relacionadas à violência e às rupturas sociais, no desenvolver de um PTS, mesmo tendo apoio matricial das equipes do NAAB e do NASF⁽¹⁸⁾. O descaso com questões subjetivas do meio em que o usuário está inserido é percebido na fala de alguns pacientes (indivíduos) ao se queixarem do tratamento que receberam em determinados serviços de saúde, criticando as abordagens terapêuticas objetivas, restritas à indicação e uso de medicamentos e a renovação de receitas⁽¹⁹⁾.

Na segunda etapa da elaboração de um PTS são definidas as ações e metas a curto, médio e longo prazo a serem atingidas no tratamento, garantindo que a importância deste momento é a participação do usuário nas decisões a serem tomadas e objetivos pretendidos, sendo este um processo compartilhado entre equipe e usuário⁽⁵⁾.

Com a análise dos estudos, percebe-se que as ações propostas no PTS são estabelecidas em pelo menos sete dos 12 artigos, (A1, A2, A3, A7, A8, A10 e A11). Entretanto, a forma como esta etapa é realizada varia muito nos diferentes serviços de saúde descritos.

A dificuldade em programar ações de forma conjunta (equipe/ usuário/família), é evidenciada na medida em que o usuário, muitas vezes, não é autorizado a participar desta etapa, sendo por vezes convidado a se retirar do local de discussão do caso⁽²⁰⁾. Contudo, as ações estabelecidas em um PTS devem ser flexíveis, podendo ser modificadas pelos profissionais que acompanham o caso, considerando sempre as opiniões do usuário, suas perspectivas, preferências, particularidades e possibilidades^(16,21-22).

Observaram-se situações em que as ações se limitavam ao encaminhamento dos pacientes a serviços especializados de saúde mental, sendo que em muitos casos não haveria essa

necessidade, podendo o sujeito ser acompanhado na própria unidade de saúde de origem⁽¹⁶⁾. Neste contexto, divergindo do preconizado pelo MS para o estabelecimento de metas em um PTS, sete artigos não mencionaram a existência de metas nos PTS, e aqueles que mencionaram, não apresentaram de forma clara metas a curto, médio e longo prazos.

Há desafios para serem superados no campo da comunicação entre equipe/usuário, pois não é raro de se observar um usuário se mostrando irredutível na não aceitação de algumas propostas levantadas pela equipe no desenvolvimento de seu PTS. Em alguns casos, esta situação causa desconforto entre os profissionais em propor alternativas que acolham as expectativas do usuário⁽²⁰⁾. Por outro lado, frequentemente falta ao usuário juízo crítico em relação a sua condição de saúde e cabe aos profissionais que o acompanha propiciarem espaços de discussão e reflexão acerca de suas necessidades⁽²³⁾.

Outro aspecto da comunicação refere-se ao compartilhamento de informações acerca dos PTS, assim a discussão dos casos com a equipe que presta cuidados ao usuário em questão é imprescindível para o desenvolvimento e evolução do PTS. Contudo, fica evidente que nem sempre as informações são compartilhadas de modo satisfatório. Um dos empecilhos ressaltados é a programação dos horários das reuniões para a discussão de caso, impossibilitando a participação de todos os turnos envolvidos no cuidado ao paciente, sobretudo em estabelecimentos de saúde que funcionam à noite, por exemplo⁽²⁴⁾.

Além disso, foram detectados importantes problemas de comunicação como à falta de registro das intervenções realizadas por outros profissionais, o que faz emergir como outro obstáculo para a continuidade adequada do cuidado, bem como a falta de infraestrutura e local para a realização de reuniões de equipe, que muitas vezes precisam ser realizadas em local cedido pela comunidade, geralmente de difícil acesso ou longe da unidade de saúde^(17-18,24). Essas situações ilustram a dificuldade de compartilhar informações e prejudicam a atuação interdisciplinar que deve estar voltada para um cuidado integral e contínuo.

A terceira etapa deve ser a divisão de responsabilidades dentre todos os envolvidos no PTS (usuário, família, equipes, etc.). Define-se, neste momento, o TR do PTS, ou seja, aquele profissional que irá acompanhar de forma mais ativa o caso, podendo ser o gestor do projeto terapêutico. É aconselhável que a escolha deste profissional seja baseada no vínculo desenvolvido com o usuário, pois facilita o processo de cuidado e a ideia de corresponsabilidade, termo que resume a terceira etapa⁽⁵⁾.

Ressalta-se a necessidade de estabelecer um TR para facilitar o gerenciamento e acompanhamento do PTS, sendo este profissional, preferencialmente, alguém que tenha bom vínculo com o usuário e conheça seu caso o mais detalhadamente possível, pois o TR será um elo importante entre a equipe e o usuário. Saliencia-se que o TR do PTS deve acompanhar as ações dos projetos e estabelecer relações de parceria com as redes de apoio disponíveis⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Contudo, observa-se que a escolha desse profissional raramente se baseia no vínculo, mas sim na logística de organização dos serviços, pois o profissional escalado para realizar o acolhimento inicial do usuário, na maioria dos estudos, é apontado automaticamente como o TR para o acompanhamento do indivíduo acolhido^(20,24).

É importante que cada etapa de elaboração do PTS seja compartilhada com o sujeito, que será o protagonista do projeto, para que desde o início seja evidenciado o conceito de corresponsabilidade em que tanto a equipe de referência quanto o indivíduo participem no planejamento e na execução do PTS. Cabe, neste momento, que a equipe responsável pela elaboração do PTS identifique com o usuário como pretende conduzir seu tratamento e se, naquele momento, é capaz de gerenciar sozinho as suas ações e a tomada de decisão⁽²⁰⁾. Esta postura propicia melhores resultados e adesão às ações e metas estabelecidas, uma vez que foram pensadas em conjunto e não impostas como um plano terapêutico imposto pelo profissional (inflexível).

Contudo, no processo de construção de um PTS, frequentemente é observado a falta de diálogo e de negociações entre os envolvidos, pois não se leva em conta o protagonismo dos usuários e de sua família nesse processo⁽²⁵⁻²⁶⁾. Intrínseco a esse processo de corresponsabilização está a participação das equipes no PTS de seus usuários. Contudo, em alguns estabelecimentos de saúde ainda impera um modelo repressivo de atenção à saúde que ameaça abandonar e “punir” os pacientes que não cumprirem rigorosamente as regras impostas pelo serviço, o que repercute na abstenção da equipe de fornecer medicamentos, de atender urgências e de realizar visitas domiciliares. Há uma falta de identificação da equipe com o serviço prestado, e deixa claro um despreparo técnico que nega ao usuário os direitos básicos, exigindo que o indivíduo em sofrimento psíquico tenha total responsabilidade por seu tratamento⁽²⁷⁾.

Além das questões relacionadas à divisão de responsabilidades dentro de uma única equipe que gerencia o PTS, destaca-se a indefinição dos papéis das equipes de serviços especializados quando articulados com as unidades de atenção primária por meio do matriciamento, sobretudo aqueles realizados pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Ou seja, por vezes não se tem definido claramente quem irá se responsabilizar pela tomada de decisão e condução do PTS, prevalecendo uma dúvida em relação a quem o usuário “pertence” e de quem é a responsabilidade pela sua assistência em saúde⁽¹⁸⁾.

Outro aspecto evidenciado é a fragmentação do cuidado pela especialização no estabelecimento das ações, o que denota um modelo excludente de assistência, em que cada núcleo de saber se fecha em suas atividades, tornando um processo que deveria ser interdisciplinar, subjetivo e compartilhado, em um trabalho embasado em técnicas protocoladas, exclusivas da esfera de conhecimento próprio de cada profissão que compõe a equipe multidisciplinar. Este modelo de funcionamento das equipes, por mais bem intencionado e, de certa forma, prático que se propõe a ser, impossibilita a interlocução dos saberes, essencial para a elaboração de um PTS que seja de fato singular, e direcionado a diversas questões multicêntricas da vida do indivíduo⁽²⁶⁾.

A quarta e última etapa do PTS é o momento da reavaliação. Nesta ocasião, que deve ser periódica, se discute juntamente com o usuário a evolução de seu tratamento, os avanços e dificuldades encontradas até o momento e recombinações são feitas, assim como novas ações são incorporadas (se necessário) e novas metas traçadas. Com isso, pode-se resumir esta etapa como sendo um inventário do PTS⁽⁵⁾.

Talvez a maior fragilidade encontrada nos estudos seja a dificuldade da reavaliação dos PTS, pois tais dificuldades derivam

desde a falta de estrutura física para reunir equipe e usuário para avaliar o andamento de seu tratamento, até a falta de comunicação entre a equipe⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. E quando realizada a reavaliação do PTS, fica evidenciado a preocupação de que seja realizada e discutida apenas entre os profissionais da equipe, excluindo o paciente dessa etapa, restringindo assim o seu protagonismo e recebendo o comunicado para aguardar as orientações dos próximos passos de seu tratamento⁽²³⁾. Nos estudos analisados não se observa o estabelecimento de periodicidade de avaliação dos PTS, semelhante ao que foi observado com a frequente inexistência de metas com prazos definidos.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo constata-se a ausência de artigos estrangeiros acerca do tema, uma vez que o PTS com as prerrogativas propostas pelo MS é uma ferramenta intimamente brasileira, o que torna difícil realizar comparações deste tipo de ferramenta de cuidado em saúde mental em âmbito internacional. Além disso, a heterogeneidade dos estudos não permite avaliar todos os aspectos envolvidos na elaboração de um PTS, por fornecerem informações superficiais, e pelo fato dos objetivos e métodos de execução dos estudos serem muito variados, o que constitui em limitações desta RIL. No entanto, os achados revelados por este estudo demonstram a necessidade de problematizar a configuração (estrutura) e a utilização do PTS em serviços de saúde mental, uma vez que é uma ferramenta importante para o cuidado integral do usuário (sujeitos em sofrimento psíquico).

Contribuição para a área da Saúde

O estudo contribui para um melhor entendimento de como o PTS está sendo utilizado no âmbito da saúde mental no Brasil de modo que, a partir desse conhecimento, seja possível problematizar o uso do PTS como ferramenta de cuidado (integral e personalizado) a indivíduos em sofrimento psíquico.

Este estudo reforça, ainda, a necessidade de uma mudança de paradigma na assistência em saúde mental, contribuindo para o fortalecimento e empoderamento de profissionais da saúde acerca da importância de uma estratégia terapêutica multiprofissional versátil, como é o caso do PTS. Espera-se que o conhecimento obtido com esta Revisão Integrativa fomente um pensamento crítico e reflexivo que resulte em uma melhor aplicabilidade e aproveitamento do potencial do PTS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise crítica dos artigos selecionados nesta RI permitiu evidenciar diferentes maneiras de como os PTS estão configurados e sendo conduzidos nos cenários estudados. Há grande dissociação, na maioria dos estudos, entre o que é preconizado pelo MS e o que é realizado na prática assistencial dos serviços de saúde mental.

A importância do vínculo com o usuário é reconhecida, assim como o uso das outras tecnologias leves em saúde para facilitar esse processo. Contudo, observa-se certa dificuldade em realizar

a escuta ativa e de efetivar o vínculo, pois se atribui o medo de agressão por parte dos usuários e pouca autonomia evidenciada pela dependência do apoio de serviços especializados em saúde mental.

Há certa deficiência relacionada ao diagnóstico situacional dos casos que, muitas vezes, acarretam em encaminhamentos desnecessários a serviços especializados em saúde mental e grande dificuldade em integrar os recursos da rede psicossocial, assim como incorporar recursos territoriais de cunho terapêutico, como escolas e centros culturais, no plano de ações do sujeito.

Quanto ao estabelecimento de ações e metas é imprescindível para se atuar de forma conjunta e até mesmo justa, considerar a implicação do usuário (seus anseios, desejos, interesses e envolvimento), pois é o caminho de seu tratamento que está sendo discutido neste momento, visando uma melhora em sua qualidade de vida e saúde dentro de suas possibilidades. Esses aspectos não são claramente mencionados em grande parte dos estudos analisados, sendo muitas vezes as ações pré-estabelecidas como um plano de cuidado único. Além disso, não há dados suficientes acerca da definição de metas, nem do estabelecimento de prazos dos objetivos traçados.

Outro ponto a se destacar é a importância da corresponsabilidade e protagonismo do usuário, pois se percebe que determinados serviços de saúde prezam por esses aspectos, estabelecendo condutas compartilhadas e momentos de maior interação com os usuários. Contudo, outros serviços impõem regras (serviços de alta exigência), impossibilitando o protagonismo do sujeito e inviabilizando qualquer tipo de tomada de decisão compartilhada. Tal dissonância nos reporta ao fato de o PTS pode ser uma ferramenta ainda subutilizada em sua integralidade, e que ainda está em processo de adaptação ao uso cotidiano nos serviços.

Os resultados sugerem grande divergência entre o preconizado pelo Ministério da Saúde para a elaboração de um PTS e como realmente é executada essa ferramenta de cuidado, destacando-se a pouca participação e corresponsabilidade de equipe/usuário na elaboração dos projetos, o excesso de encaminhamentos desnecessários para serviços especializados de saúde mental, a fragmentação do saber dentro da equipe multidisciplinar e a dificuldade em compartilhar e discutir informações acerca dos casos.

O PTS, sem dúvidas, é uma ferramenta com grande potencial no cuidado em saúde mental. A presente pesquisa deixa evidente que há um longo caminho a percorrer até que se consiga adequar a sistematização pertinente a uma ferramenta que propõe certa padronização em sua elaboração, à singularidade e necessidades de cada indivíduo.

Sugere-se para estudos futuros um acompanhamento mais detalhado das etapas do desenvolvimento dos PTS nos serviços de saúde, assim como estabelecer um comparativo entre o PTS realizado em diferentes experiências brasileiras com outras ferramentas (projetos e planos de cuidado) utilizadas em âmbito internacional. Outro ponto a ser explorado é identificar as dimensões em que o PTS pode ser útil, como estudos que busquem introduzi-las no cuidado em saúde mental para além da APS e do CAPS, contribuindo para uma melhor compreensão do seu potencial terapêutico.

REFERÊNCIAS

1. Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde Soc.* 2004;13(3):36-43. doi: 10.1590/S0104-12902004000300005
2. Dimenstein, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicol Ciênc Prof [Internet]*. 2004 [cited 2018 Aug 13];24(4):112-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013
3. Casa Civil (BR). Lei nº 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 [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2001 [cited 2018 Aug 13]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
4. Bezerra Júnior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*. 2007;17(2):243-50. doi: 10.1590/S0103-73312007000200002
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Aug 13] (Caderno de Atenção Básica, nº 39). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
6. Ayres JRC, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Aug 13] (Caderno de Atenção Básica, nº 34). Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
8. Oliveira EM, Santana MMG, Eloia SC, Almeida PC, Felix TA, Ximenes Neto FRG. Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial. *Rev Rene [Internet]*. 2015 [cited 2018 Aug 13];16(3):434-41. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2819/2188>
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Portaria nº 154: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2018 Aug 13]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
10. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 1999;4(2):393-403. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013
11. Bonfim IG, Bastos ENE, Gois CWL, Tofoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(45):287-300. doi: 10.1590/S1414-32832013005000012
12. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(3):549-56. doi: 10.1590/S0104-11692004000300014
13. Cooper H. *Integrating Research: a guide for literature reviews*, v. 2. 2nd ed. London: SAGE Publication; 1989.
14. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998;3(2):109-12. doi: 10.5380/ce.v3i2.44358
15. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde: RAPS: Rede de Atenção Psicossocial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Aug 13]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf
16. Belotti M, Lavrador MCC. A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde. *Cad Bras Ter Ocup*. 2016;24(2):373-8. doi: 10.4322/0104-4931.ctoRE0627
17. Silva AI, Loccioni MFL, Orlandini RF, Rodrigues J, Peres GM, Maftum MA. Projeto Terapêutico Singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Cogitare Enferm*. 2016;21(3):1-8. doi: 10.5380/ce.v21i3.45437
18. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;8(19):3561-71. doi: 10.1590/1413-81232014198.11412013
19. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC, et al. Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):112-20. doi: 10.1590/0104-07072015002430013
20. Jorge MSB, Sousa FSP, Franco TB. Apoio matricial para resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):738-44. doi: 10.1590/S0034-71672013000500015
21. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):493-502. doi: 10.1590/S0104-07072011000300010
22. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico Singular [Internet]. In.: Ministério da Saúde (BR). *Cadernos Humaniza SUS*, v. 2 (Atenção Básica). Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 Aug 13]. p. 93-104. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_basica_v2_1ed.pdf
23. Dorigatti AE, Aguilar ML, Madureira RM, Fonseca FG, Campos RTO, Nascimento JL. Projeto terapêutico Singular no âmbito da saúde mental:

- uma experiência no curso de graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(1):113-9. doi: 10.1590/S0100-55022014000100015
24. Mororó MEML, Colvero LA, Machado AL. The challenges of comprehensive care in a Psychosocial Care Center and the development of therapeutic projects. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1171-6. doi: 10.1590/S0080-62342011000500020
 25. Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações [Internet]. *Mundo Saúde*. 2012 [cited 2018 Aug 13];36(3):521-5. Available from: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/15.pdf
 26. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB, et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(57):313-23. doi: 10.1590/1807-57622015.0231
 27. Ribeiro CC, Silva NG, Oliveira AGB. O Projeto Terapêutico nos CAPS de Mato Grosso: uma análise documental. *Ciênc Cuid Saúde [Internet]*. 2009 [cited 2018 Aug 13];8(3):393-402. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/cienccuidsaude/article/view/6060>
-