

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (Parte I)



introdução

No Brasil, antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas políticas estruturantes, o “modelo de atenção” dispensado àqueles que buscavam assistência à saúde **não os consideravam como “sujeitos ativos” dos seus próprios tratamentos, não envolvia suas famílias e não valorizava suas histórias, culturas, vidas cotidianas** e, sobretudo, a **qualidade de suas vidas**. O principal **foco da assistência resumia-se à doença**. Desde a criação do SUS, este modelo vem sofrendo modificações, agregando características de **valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção dos projetos terapêuticos**.

ANTES DO SUS

foco na doença

não considera as pessoas
como “sujeitos ativos” do
seu próprio cuidado,

não valoriza história, cultura
e vidas cotidianas

DEPOIS DO SUS

foco no sujeito

transição para um modelo
de valorização dos saberes e
opiniões dos usuários e suas
famílias no cuidado em
saúde

Muito importante nesta trajetória estruturante/qualificadora do SUS está a **Política Nacional de Humanização (PNH/2003)** que tem como pressuposto estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, como o objetivo de construir processos coletivos de **enfrentamento** de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes **produzem atitudes e práticas desumanizadoras** que **inibem a autonomia** e a **corresponsabilidade dos profissionais** de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do SUS são metas que vêm sendo almejadas pelos trabalhadores e profissionais da rede pública, atualmente. Para tanto, são repensadas estratégias de ação e produção do cuidado que **coloquem o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim**, a exemplo do **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**.

Na sua materialização prática, o PTS incorpora a noção interdisciplinar que **considera a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões**. Neste processo de trabalho assentado na Clínica Ampliada, 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”. Neste contexto, tais **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 o tratamento**, em determinada unidade de saúde, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio, quando necessário, e, finalmente, assegurando a alta e a continuidade do acompanhamento do usuário em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde.



definição e movimentos

Define-se Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um **conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas** para um sujeito **individual ou coletivo**, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

O PTS no cotidiano das unidades de saúde, principalmente naquelas da Atenção Primária, é **realizado nas situações mais complexas**, como uma variação da discussão de “caso clínico”. No Sistema Único de Saúde foi bastante desenvolvido em espaços de **atenção à saúde mental**, como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários.



Trata-se de um processo de trabalho que envolve a **reunião de toda a equipe**, onde **todas as opiniões são importantes** e devem ser consideradas para o entendimento do “sujeito” que apresenta alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações.

Ressalta-se a denominação “Projeto Terapêutico Singular”, em substituição a “Projeto Terapêutico Individual”, como também é conhecido. PTS é mais adequado, pois destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e **não só para indivíduos**, além de frisar que o projeto busca a **singularidade** (a diferença) **como elemento central de articulação** (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos etc.).

O PTS desenvolve-se em **quatro movimentos**: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Estes movimentos não são sequenciais e pode haver necessidade de serem revistos ou repetidos.

1 **Definir hipóteses diagnósticas:** o sujeito é escutado/acompanhado por diferentes profissionais da equipe de Atenção Primária à Saúde em atendimento individual, atividades coletivas, atendimentos domiciliares, entre outras abordagens possíveis. Este momento deverá conter uma **avaliação orgânica, psicológica e social** que possibilite uma conclusão a respeito dos **riscos** e da **vulnerabilidade do usuário**. O pressuposto da vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito útil e deve ser valorizado na discussão entre os componentes da equipe. As **hipóteses de todos os profissionais devem ser consideradas**, pois são importantes para a construção do Projeto.

Portanto, para além do diagnóstico formal, é imprescindível que a equipe tenha um compartilhamento e discussão entre si dos diferentes modos como cada profissional percebe o sujeito. É necessário realizar uma **avaliação de vulnerabilidades, compreensão dos desejos**, dos modos de **trabalho**, da **cultura**, da **família**, da **rede social** e da **rede de apoio**. Para isso, possivelmente serão necessários vários momentos com o sujeito atendido por diferentes profissionais, ou um suporte da equipe para que um ou dois profissionais possam coletar a maior e mais ampla quantidade de informações.

NOTA: os profissionais com mais potencialidades para contribuir com o “caso” devem ser reunidos para o início do PTS. Nesta fase, **TODOS os aspectos e informações do usuário/sujeito devem ser discutidos**, além da queixa principal, incluindo outras necessidades e o que já foi realizado pela equipe ou por outros serviços. No PTS **o sujeito é central**, seja ele uma pessoa, uma família ou um território. É importante considerar também as hipóteses que ele tem sobre sua saúde, suas necessidades e **as soluções que já pensou**. A participação do sujeito no PTS, a “adesão”, depende em grande parte se este PTS atende às suas necessidades e possibilidades e **não apenas ao que os outros avaliam que seja o melhor para ele**.

Algumas ferramentas podem ser utilizadas na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares para pessoas, como o **genograma**, o **ecomapa** e a **Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa**.

Genograma: é uma ferramenta essencial para lembrar informações sobre o nome dos membros da família, relacionamentos e toda a estrutura familiar.

Ecomapa: trata-se de uma representação gráfica que identifica todos os sistemas envolvidos e relacionados com a pessoa e com a família, bem como o meio em que vivem.

É importante lembrar que apenas um momento de discussão entre a equipe para estas definições provavelmente não será suficiente, especialmente porque o acompanhamento também é dinâmico e novos elementos podem surgir.

2

Definir hipóteses diagnósticas: pactuação de **metas** que serão desenvolvidas em **curto, médio e longo prazo**. Será importante reconhecer as prioridades que o sujeito elenca (**o que para ele é mais importante e/ou viável**) e o que, do ponto de vista da equipe, é mais urgente e/ou viável. Importante considerar outros atores, como familiares e cuidadores. É indicado que essa pactuação seja realizada pelo profissional que possua maior vínculo com o sujeito, pois é um momento de planejamento conjunto e de negociação.

NOTA: Tão importante quanto a construção do PTS, é necessário que ele **faça sentido e esteja nas possibilidades do sujeito**.

3

Divisão de responsabilidades: é importante **definir as tarefas de cada um, com clareza**. Uma estratégia que procura favorecer a continuidade e a articulação entre formulação, ações e reavaliações e promover uma dinâmica de continuidade do PTS é a **escolha de um profissional de referência**. Não é o mesmo profissional responsável pelo caso, mas aquele que:

1. **articula e “vigia” o processo**, procurando estar informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS
2. aquele que a **família procura quando sente necessidade**
3. aquele que **aciona a equipe**, caso aconteça um evento muito importante e
4. aquele que **articula grupos menores de profissionais** para a resolução de questões pontuais, surgidas no andamento da implementação do PTS. Pode ser qualquer componente da equipe, independentemente de formação. Geralmente, opta-se por aquele com modo de vinculação mais estratégico no caso em discussão.

NOTA: é importante estabelecer **fluxos para que o profissional de referência acesse a equipe**, sempre que houver necessidade de discutir soluções para as pessoas ou famílias atendidas. Podem ser estabelecidas diversas estratégias: (i) discussão em **reunião de equipe periódica** (reunião geral); (ii) agendamento de **reuniões sistemáticas para discussão dos PTS**; (iii) **agendamento de reunião/interconsulta com profissionais** que estão diretamente envolvidos com a atenção ao sujeito ou com sua demanda atual. No momento da implantação do PTS, como uma metodologia da equipe, é indicado que as **discussões ocorram de forma coletiva** para que toda a equipe contribua na construção destes processos.

4

Reavaliação: o PTS deve acompanhar a vida do sujeito e, portanto, estará **sempre passível a ser revisto**. A reavaliação deve ocorrer em discussões feitas pela equipe e com o sujeito/família e pode ser **conduzida pelo profissional de referência** (aquele com quem tem mais vínculo), mas não necessariamente.

NOTAS

a) escolha dos casos para as reuniões de PTS: a proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião dos componentes da equipe (qualquer membro da equipe pode propor um caso para discussão);

b) dinâmica das reuniões de PTS: inicialmente, o mais importante será avaliar o vínculo dos componentes da equipe com o usuário e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade deste vínculo, além do núcleo profissional: os profissionais que desenvolverem vínculo mais estreito assumirão mais responsabilidades na coordenação do PTS. Assim como o médico generalista ou outro especialista pode assumir a coordenação de um tratamento frente a outros profissionais, um membro da equipe também pode assumir a coordenação de um PTS frente à equipe;

c) reserva de um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS, sobretudo na Atenção Primária e nos Centros de Especialidades;

d) tempo de duração de um PTS: o tempo mais curto ou mais longo de desenvolvimento e de acompanhamento/avaliação do PTS dependerá da característica de cada serviço. Unidades da Atenção Primária à Saúde e Centros de Especialidades que tratam de usuários com doenças crônicas têm seguimento longo (longitudinalidade) e necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão PTS com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do vínculo com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.

e) PTS e os diagnósticos e prognósticos: quando ainda existem possibilidades de tratamento para um determinado agravo de saúde, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde fará diferença no resultado e, assim, o encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário.

Nesta mesma perspectiva, um sujeito menos deprimido que assume corresponsabilidade com o PTS, enquanto projeto em que se (re)constrói e o deixa mais feliz e satisfeito, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhor. Noutra perspectiva, **infelizmente, não se costuma investir em usuários que se acreditam “condenados”**, seja por si mesmos, como no caso de um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave.

Se a **participação e a corresponsabilidade solidária do usuário é fundamental no PTS** será necessário persegui-la com um mínimo de técnica e organização: o **diagnóstico e a conduta padronizados não serão suficientes**. Assim, nas situações de “prognósticos fechados” e com poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidades de cura ou de controle da doença, será mais fácil, ainda, para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nestes casos, seja bastante evidente que será possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte.

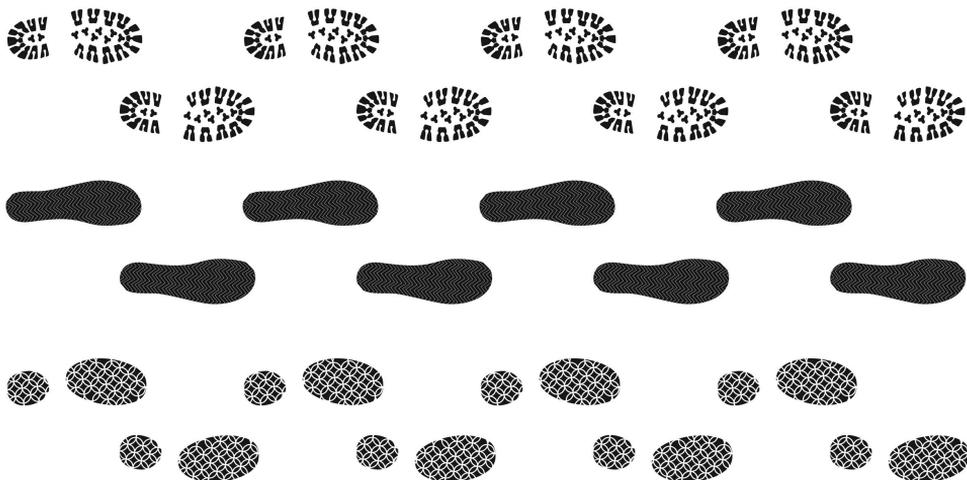


O PTS, nestes casos, poderá ser importante ferramenta gerencial, uma vez que constitui **espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores frente a determinadas situações**, sobretudo as mais **graves e terminais**. A presunção de “não-envolvimento” comprometerá as ações de cuidado e adoecerá trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um **mecanismo de negação simples que tem eficiência precária**.

O mais adequado e pertinente será aprender a **lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde**, de forma solidária na equipe, ou seja, **criando condições para que se possa falar** dele quando ocorrer. Diante desta tendência será importante, no PTS, uma certa crença de que o usuário tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença.

No Brasil e no Sistema Único de Saúde, o legado da Reforma Psiquiátrica, experimentando a proposta de que o sujeito é construção permanente e que pode produzir “margens de manobra”, deverá ser incorporada na Clínica Ampliada e no PTS. À equipe caberá exercitar uma **abertura para o imprevisível e para o novo** e lidar com a possível ansiedade que esta proposta poderá trazer. Nas situações em que só se enxergam certezas, poderão se enxergar muitas possibilidades; nas situações em que se enxergam apenas igualdades, poderão se encontrar, a partir dos esforços do PTS, grandes diferenças; **nas situações em que se imagina haver pouco o que fazer, poderá se encontrar muito trabalho.**

As possibilidades descortinadas por este tipo de abordagem têm que ser trabalhadas, cuidadosamente, pela equipe para se **evitem ansiedades, atropelamentos ou desânimos**. O **caminho do usuário ou do coletivo será somente dele**: ele que avaliará, decidirá e dirá se quer ou não participar e quando, aceitando, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde.



gestão e projeto terapêutico singular

O processo de trabalho que ampara a trajetória da formulação, desenvolvimento e avaliação do PTS consubstancia excelente oportunidade para a **valorização dos trabalhadores da equipe de saúde**. No tempo do PTS, seja ele qual for, ocorrerá alternância de relevâncias entre os diferentes trabalhos, de forma que, em cada momento, **alguns membros da equipe estarão mais protagonistas e criativos do que outros** (já que as necessidades de cada usuário variam no tempo). Fica evidente, no decorrer do tempo, a **interdependência** entre todos na equipe. A percepção e o reconhecimento, na equipe, desta variação de importância é forma relevante de reconhecer e valorizar a “obra” criativa e singular de cada um.

As discussões para a elaboração do PTS também permitem que a equipe avalie e construa o arranjo da articulação dos diversos recursos de intervenção dos quais ela dispõe, ou seja, faça um **cardápio com as várias possibilidades de recursos disponíveis**, percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros. Trata-se de um espaço importantíssimo para avaliação e aperfeiçoamento destes mesmos recursos (“*Por que funcionou ou não funcionou esta ou aquela proposta?*”).

Outra importante utilidade gerencial dos encontros de PTS é o **matriciamento com (outros) especialistas**. À medida que a equipe consegue perceber seus limites e suas dificuldades - e esta é uma paradoxal condição de aprendizado e superação - ela pode **pedir ajuda**.

Quando existe um interesse sobre determinado tema, a capacidade de aprendizado é maior. Portanto, este é, potencialmente, um excelente **espaço de educação permanente**.

Por outro lado, é um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que também experimentarão aplicar seus saberes em uma condição complexa, **recheada de variáveis com as quais nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar**. Este encontro é mais fecundo quando há um contrato na rede assistencial sobre a existência de equipes de referência e apoio matricial.

Para que as reuniões funcionem é preciso **construir um clima favorável ao diálogo**, em que todos aprendam a falar e ouvir, inclusive críticas. O reconhecimento de limites é fundamental para a invenção de possibilidades.

Mas é preciso mais do que isso: é preciso que haja um **clima de liberdade de pensar “o novo”**. O peso da hierarquia, que tem respaldo não somente na organização, mas também nas valorizações sociais entre as diferentes corporações, **pode impedir um diálogo real** em que pensamentos e sentimentos possam ser livremente expressados.

Algumas **questões disparadoras** que as equipes de saúde podem utilizar para começar a praticar a formulação do PTS, em grupo, e a problematizar a sua relação com os usuários:

Quem são as pessoas envolvidas no caso?

- De onde vêm? Onde moram? Como moram? Como se organizam?
- O que elas acham do lugar que moram e da vida que têm?
- Como lidamos com esses modos de ver e de viver?

Qual a relação entre elas e delas com os profissionais da equipe?

De que forma o caso surgiu para a equipe?

Qual é e como vemos a situação envolvida no caso?

- Essa situação é problema para quem?
- Essa situação é problema de quem?
- Por que vejo essa situação como problema?
- Por que discutir esse problema e não outro?
- O que já foi feito pela equipe e por outros serviços nesse caso?

- O que a equipe tem feito com relação ao caso?
- Que estratégia/aposta/ênfase têm sido utilizadas para enfrentar o problema?
- Como este(s) usuário(s) tem/têm respondido a essas ações da equipe?
- Como a maneira de agir, de pensar e de se relacionar da equipe pode ter interferido nessa(s) resposta(s)?
- O que nos mobiliza neste(s) usuário(s)?
- Como estivemos lidando com essas mobilizações até agora?
- O que os outros serviços de saúde têm feito com relação ao caso? Como avaliamos essas ações?

A que riscos (individuais, políticos, sociais) acreditamos que essas pessoas estão expostas?

Que processos de vulnerabilidade essas pessoas estão vivenciando?

- O que influencia ou determina, negativamente, a situação (no sentido da produção de sofrimentos ou de agravos)?
- Como essas pessoas procuram superar essas questões?
- O que protege ou influencia, positivamente, a situação (no sentido da diminuição ou superação de sofrimentos ou de agravos)?
- Como essas pessoas buscam redes para ampliar essas possibilidades?
- Como os modos de organizar o serviço de saúde e as maneiras de agir da equipe podem estar aumentando ou diminuindo vulnerabilidades na relação com essas pessoas?

Que necessidades de saúde devem ser respondidas nesse caso?

O que os usuários consideram como suas necessidades?

Quais objetivos devem ser alcançados no Projeto Terapêutico Singular?

Quais objetivos os usuários querem alcançar?

Que hipóteses temos sobre como a problemática se explica e se soluciona?

Como o usuário imagina que seu "problema" será solucionado?

Que ações, responsáveis e prazos serão necessários no Projeto Terapêutico Singular?

Com quem e como iremos negociar e pactuar essas ações?

Como o usuário e sua família entendem essas ações?

Qual o papel do(s) usuário(s) no Projeto Terapêutico Singular?

O que ele(s) acha(m) de assumir algumas ações?

Quem é o melhor profissional para assumir o papel de referência?

Quando, provavelmente, será preciso discutir ou reavaliar o Projeto Terapêutico Singular?

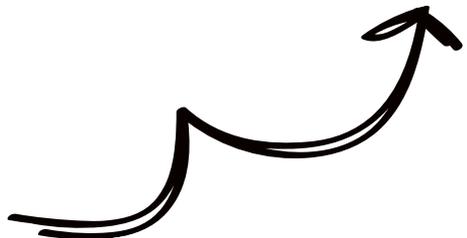
conclusão

Os pressupostos da Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular convidam as equipes de saúde a entenderem que as situações percebidas, como de difícil resolução, são **situações que esbarram nos limites da clínica tradicional**. É necessário, portanto, que se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com cada sujeito acometido por uma doença de forma **diferente da tradicional**.

Noutra perspectiva, se todos os componentes da equipe fazem as mesmas perguntas e conversam da mesma forma com o usuário, a reunião de Projeto Terapêutico Singular pode não acrescentar grande coisa. Ou seja, é preciso fazer as perguntas da anamnese tradicional, mas **dando espaço para as ideias e as palavras do usuário**.

A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara a **necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura**: autonomia.

A partir de todo este processo, chega-se a uma proposta, que deve começar a ser negociada com o usuário. Se o objetivo é que o projeto seja incorporado pelo usuário, essa **negociação deve ser flexível, sensível às mudanças de curso e atenta aos detalhes**. É importante que haja um membro da equipe que se responsabilize por um vínculo mais direto e acompanhe o processo (coordenação). Geralmente, esta pessoa deve ser aquela com quem o usuário tem um vínculo mais positivo.



referências bibliográficas

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. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MERHY, E. E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. Rev Saúde Coletiva. 1999; 10(5):13-17.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde. Divisão de Atenção Primária à Saúde - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.

SILVA, E. P. et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde: Volume 17, Número 2, Páginas 197-202, 2013.