

Jundiaí, 07 de julho de 2025

CI 12/2025

REF.: Nota técnica 01/2025 – Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - Dispõe sobre o dispositivo do Projeto Terapêutico Singular enquanto prática dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

OBJETIVOS

1. Apresentar as diretrizes para a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto ferramenta para o cuidado em saúde mental, tanto nos equipamentos da Atenção Básica quanto na Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS.
2. Fornecer elementos técnicos e ferramentas para o profissional de saúde, visando a identificação das necessidades de saúde, o desenvolvimento do raciocínio clínico e o acompanhamento do usuário com demandas de saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial.

DIRETRIZES PARA O DESENVOLVIMENTO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ

1. O PTS é uma ferramenta a ser aplicada em todos os equipamentos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal, detendo-se, para a finalidade desta Nota Técnica, o âmbito do cuidado em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento.



2. O processo de elaboração do PTS deve garantir a participação do usuário e/ou seus familiares, como uma maneira de promover o protagonismo e a corresponsabilização em relação às necessidades, objetivos e metas traçadas.
3. O PTS deve ser desenvolvido para todos os casos em acompanhamento nos CAPS, haja vista que este tem como objetivo principal a reabilitação psicossocial, diante de sua complexidade. Já em relação à Atenção Básica, o PTS deve ser desenvolvido, necessariamente, nos casos em que a situação abordada apresentar maior complexidade, necessitando de mais atenção por parte da equipe de saúde.
4. O PTS deve ser compreendido como o **conjunto de ações de cuidado**, definido junto aos usuários e familiares, que poderá resultar em **transformações** frente a situações problema identificadas, no contexto da construção de um **projeto de vida** mais potente. A elaboração de um PTS deve sempre considerar os **desejos** e os **sonhos** do indivíduo e a sua possibilidade de **participação mais plena e autônoma** na vida comunitária.
5. O PTS **não** deve ser confundido com um cardápio de ofertas, ou com uma agenda de atividades, e deve, na medida do possível, direcionar-se pelo desejo do sujeito e não pelas expectativas ou imposições do serviço.
6. A construção do PTS, na perspectiva da atenção psicossocial, deve ter como premissa a disponibilidade ao encontro e à escuta do outro, bem como o compromisso ético de considerar as determinações sociais em saúde (tais como gênero, raça, orientação sexual) como elementos fundamentais do processo. Assim, a elaboração do PTS deve tomar como pontos de partida a **equidade**, o **fortalecimento da autonomia**, a **ampliação de repertório** e das redes de apoio e a **garantia de acesso** às políticas públicas.

DA DEFINIÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

1. O PTS se insere como uma ferramenta para a realização de ações e cuidados em saúde, com base na abordagem centrada na pessoa, visando seu cuidado integral.



2. Trata-se de um dispositivo de gestão, o qual se propõe a desencadear processos reflexivos nos trabalhadores de saúde, de forma a propiciar reavaliações de seus processos de trabalho e práticas da instituição.
3. É uma ferramenta que permite ao profissional de saúde posicionar-se tanto como operador do cuidado, quanto como gestor do cuidado, podendo alcançar uma dimensão crítica e transformadora do entorno social.
4. Na relação com o usuário, o PTS traz a dimensão da reconstrução de sentidos e direitos de cidadania, uma vez que provoca o usuário do serviço de saúde a restabelecer relações afetivas, sociais e reconquistar direitos.
5. Um dos pontos principais do PTS é a definição de um ou mais profissionais de referência, que se caracterizam como aqueles que assumem a gestão da clínica e do cuidado do usuário, superando a concepção de adscrição de clientela, por meio do vínculo com responsabilização.
6. O PTS pode ser utilizado não apenas para indivíduos, mas também para coletivos, visando o desenvolvimento de comunidades, por meio de estratégias coletivas de superação de impasses territoriais (por exemplo, numa situação em que sejam promovidas estratégias de enfrentamento para a alta incidência de gestação na adolescência em determinado território).

ETAPAS PARA A ELABORAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

1. A elaboração do PTS envolve quatro etapas: **acolhimento e análise situacional**, **metas**, **divisão de responsabilidades** e **reavaliação**, as quais serão exploradas na tabela a seguir:

ETAPAS DO PTS	DESCRIÇÃO
1ª – Acolhimento e Análise situacional	- Delineamento da situação-problema; - Avaliação dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, que



	<p>possibilitem o levantamento de informações acerca dos riscos e vulnerabilidades do usuário, compreendendo o sujeito sempre no prisma da sua intersecção aos determinantes sociais de saúde (gênero, raça e classe social);</p> <ul style="list-style-type: none">- Captar como o sujeito se produz, diante de forças como o adoecimento, desejos, interesses, trabalho, cultura, família e rede comunitária/ social, de forma a compreender o seu funcionamento, diante das condições inerentes a suas vivências;- Identificação das potencialidades do indivíduo e das redes relacionais em que se insere;- Valorizar a participação do usuário e seus familiares na formulação de seu PTS.
<p>2ª – Definição das metas</p>	<ul style="list-style-type: none">- Envolve a participação ativa de toda a equipe multiprofissional;- Qualificação da demanda e definição conjunta com o usuário, sobre quais metas comporão seu PTS, e em quais prazos (curto, médio ou longo) estas se darão;- A pactuação das metas é interessante se dar com o profissional da equipe com quem o sujeito apresentar a melhor vinculação.



<p>3ª – Divisão de responsabilidades</p>	<ul style="list-style-type: none">- Eleger os profissionais de referência para o caso, lembrando que estes não serão os únicos responsáveis pela condução do caso, mas sim aqueles que articularão e acompanharão o processo de cuidado;- Definir as responsabilidades e tarefas de cada membro da equipe/ponto de atenção do usuário, com clareza;- Dialogar com o usuário acerca de sua corresponsabilidade no processo de cuidado.
<p>4ª - Reavaliação</p>	<ul style="list-style-type: none">- Momento em que a equipe fará a discussão do caso, para reavaliação das condutas e possíveis mudanças de rota;- Importante a reserva de espaço sistemático para a discussão de PTS com a equipe;- Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu com o usuário, poderá contribuir com os dados levantados e, também, assumir novas tarefas;- Importante sempre contemplar a participação do usuário no processo de reavaliação de seu PTS.



QUESITOS A SEREM CONSIDERADOS QUANDO DA ELABORAÇÃO DE PTS

1. No momento da elaboração de um PTS, podem ser utilizados roteiros com questões disparadoras de apoio às equipes para avaliar/contemplar a multiplicidade de fatores envolvidas na compreensão de um caso clínico. Importante ressaltar que a existência deste roteiro norteador não se trata de um protocolo rígido para o estabelecimento de PTS, podendo ser adaptado a depender da compreensão de cada caso.
2. Aqui será considerado o PTS desenvolvido diretamente para indivíduos, todavia, deve-se sempre atentar para evitar a descontextualização do sujeito da realidade em que está inserido, como um fator que contribui para a produção e/ou sustentação de sua problemática.
3. Seguem, abaixo, pontos importantes a serem considerados na formulação de PTS:
 - a. Identificação do usuário – nome, idade, marcadores sociais (gênero, raça, orientação sexual), endereço, microárea, área. Informação importante para localizar as informações e territorializar o cuidado.
 - b. Localização territorial e elementos relevantes do território – incluir características de moradia e vizinhança, informações sobre as relações, interações e dinâmicas que se constituem nesse espaço.
 - c. Arranjo familiar / representação gráfica – esclarecer quem são, como são e como se relacionam os elementos da família / rede de suporte do indivíduo em questão.
 - d. Queixa / situação/ demanda com histórico relevante resumido – importante compreender e caracterizar como a situação-problema se inscreve na vida do indivíduo e, também, como esta impacta nas relações com a equipe de saúde, levando à reflexão de como a equipe se sente participante / impactada pela situação apresentada.
 - e. Ações clínicas já realizadas – resgatar todas as ofertas de cuidado já realizadas pela equipe ao usuário. Importante lembrar que as ofertas



realizadas podem ter resultados positivos ou negativos e que, olhar retrospectivamente, dá à equipe a possibilidade de reavaliação de suas ações, com o intuito de propor, quando necessário, ofertas diferenciadas, que almejem o alcance de maior sucesso terapêutico a partir de então.

- f. Avaliação das vulnerabilidades – envolve pensar não só nos riscos ligados à queixa inicial / adoecimento, mas sim na relação do indivíduo com as vulnerabilidades de seu cotidiano, dos modos como os sujeitos se protegem ou convivem com os riscos que se apresentam. A vulnerabilidade se dá a partir da interação dos fatores de risco e de proteção, conforme esquema abaixo:

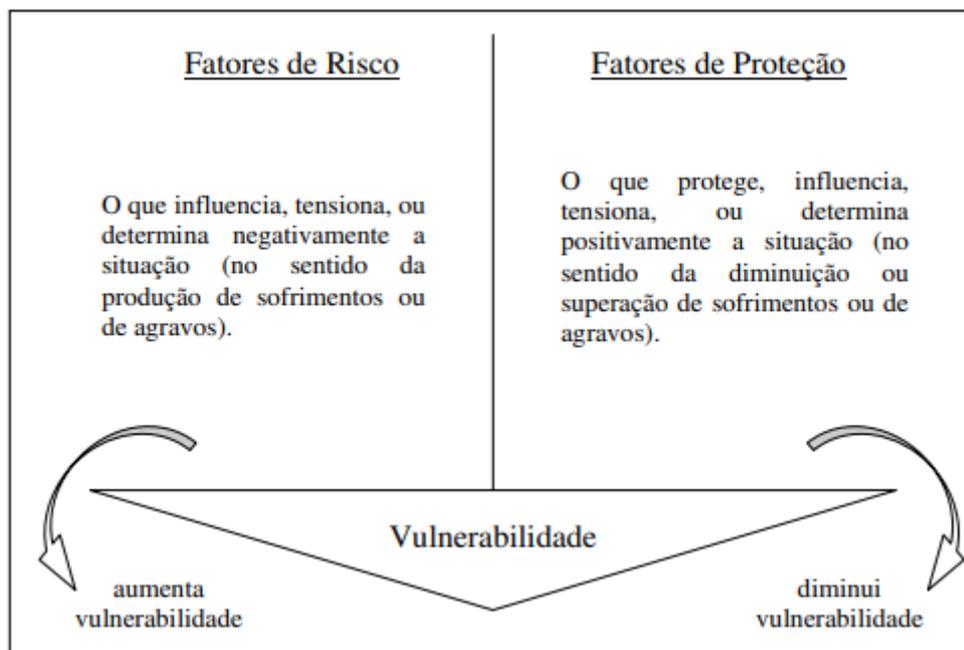


Figura 1: Avaliação de vulnerabilidade em sujeitos singulares (balança de vulnerabilidade). Fonte: OLIVEIRA, G.N. "O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde". Campinas, 2007.

- g. Pactuação dos objetivos no caso – negociação das necessidades de saúde entre equipe e entre equipe e usuário, sendo fundamental a participação do usuário neste momento. Serão definidas, em conjunto, quais necessidades serão avaliadas como mais importantes, a quais se buscará



responder e quais serão adiadas, para abordagem em momento mais oportuno.

- h. Propostas de intervenção com cronograma e responsáveis
- i. Definição de profissional de referência do caso – aquele que será responsável pela gestão da clínica do caso. Pode ser qualquer componente da equipe, independente da formação.
- j. Definição de periodicidade de reavaliações do caso – as equipes devem organizar uma rotina de discussão de casos no serviço. Importante lembrar da importância de desburocratizar os processos e, diante de impasses, da não necessidade da reunião de toda a equipe do serviço para uma tomada de decisão. É possível, a partir do profissional de referência, reunir um grupo de profissionais vinculados à problemática em questão, com a finalidade de discussão e tomada de decisões. Além disso, é importante lembrar que o usuário é o principal envolvido / interessado em seu processo de cuidado, devendo, então, ser sempre incluído no processo de reavaliação.

ESTRATÉGIAS PARA O ACOMPANHAMENTO / REAVALIAÇÃO DE PTS COMPARTILHADO

1. O PTS pode estar circunscrito a um serviço de saúde ou, então, envolver a participação de mais de um serviço ao longo de sua formulação e acompanhamento longitudinal do usuário.
2. O PTS compartilhado entre os serviços visa contemplar o atendimento a uma gama mais ampla das necessidades de saúde do usuário, ou de seu grupo familiar.
3. Um PTS compartilhado pode contemplar a execução de suas ações em mais de um serviço de saúde e, **neste caso, o usuário deverá contar com um profissional de referência em cada ponto da rede**, visando facilitar a comunicação e a responsabilização pelo acompanhamento do caso. Todavia, **mesmo na existência de diversos profissionais de referência, deverá ser estabelecido o**



papel de cada um e qual terá o protagonismo na articulação da rede naquele momento.

4. Quando da elaboração de PTS de usuário vinculado a um CAPS, o profissional de referência **deverá realizar o preenchimento da ficha “PTS”**, disponível no sistema SISS, de prontuário eletrônico, realizando novos preenchimentos em todo momento de revisão do PTS acordado.
5. Na condução de PTSs compartilhados entre diferentes serviços, deverão ser realizadas reuniões sistemáticas de discussão entre as equipes envolvidas, podendo estas se darem em momentos pontuais de discussão do caso ou, nos casos compartilhados com a Atenção Básica, nos momentos das reuniões de matriciamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OLIVEIRA, G.N. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 2007. 202 p. (Saúde Coletiva – Planejamento, Gestão e Subjetividade). Unicamp, Campinas, 2007.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 30 de janeiro de 2025.
3. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3148/6357>. Acesso em 30 de janeiro de 2025.



4. DEPOLE, B. F. A produção brasileira sobre o Projeto Terapêutico Singular: revisão de escopo [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/10878/DEPOLE_Barbara_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em 30 de janeiro de 2025.

A Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, os apoiadores do Departamento de Atenção Básica e os gerentes locais dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial colocam-se à disposição para a discussão de casos ou discussão de situações que não tenham sido abordadas neste Nota.

Atenciosamente,

Alexandre Moreno Sandri

Coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - UGPS

CRP 06/64453

Adriana Carvalho Pinto

Apoiadora Institucional DAAH / Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
– UGPS

CRP 06/77059

