

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

BÁRBARA DE FÁTIMA DEPOLE

A PRODUÇÃO BRASILEIRA SOBRE O PROJETO TERAPÊUTICO
SINGULAR: REVISÃO DE ESCOPO

SÃO CARLOS, 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

BÁRBARA DE FÁTIMA DEPOLE

**A PRODUÇÃO BRASILEIRA SOBRE O PROJETO TERAPÊUTICO
SINGULAR: REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para o Exame de Defesa como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional. Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato

Agência de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

SÃO CARLOS, 2018

Depole, Bárbara de Fátima

A PRODUÇÃO BRASILEIRA SOBRE O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: REVISÃO DE ESCOPO / Bárbara de Fátima Depole. -- 2018. 184 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato

Banca examinadora: Gustavo Nunes de Oliveira, Gustavo Tenório Cunha, Tais Quevedo Marcolino

Bibliografia

1. Projeto Terapêutico Individual. 2. Projeto Terapêutico Singular. 3. Metodologia de revisão de escopo. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

icha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
Rod. Washington Luis, Km.235 – C. P. 676 CEP 13565-905 - São Carlos/SP
Telefone: +55 16 3351-9787 / E-mail: ppgto@ufscar.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) aluno(a) **Bárbara de Fátima Depole**, tendo cumprido todos os requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional, realizou Defesa Pública de sua Dissertação de Mestrado sob o título: **“A produção brasileira sobre o Projeto Terapêutico Singular: Revisão de Escopo”**, no dia 04 de dezembro de 2018 às 9 horas, perante banca examinadora constituída pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Sabrina Helena Ferigato (Orientadora/UFSCar)

Prof.ª Dr.ª Gustavo Nunes de Oliveira (DM/UFSCar)

Prof.ª Dr.ª Taís Quevedo Marcolino (PPGTO/UFSCar)

Prof.ª Dr.ª Gustavo Tenório Cunha (UNICAMP)

O(A) candidato(a) foi considerado(a) Aprovada.

Declaramos também que o processo de homologação junto à Comissão de Pós-Graduação deste Programa e junto ao Conselho de Pós-Graduação da UFSCar, está condicionado à elaboração da versão definitiva da referida Dissertação, com as modificações propostas pela banca examinadora, que deverá ser entregue no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar dessa data.

São Carlos, 04 de dezembro de 2018

Prof.ª Dr.ª Claudia Maria Simões Martinez
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional / PPGTO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde / CCBS
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Apoio

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

“Contudo, é preciso convir que toda tarefa na Terra, no campo das profissões, é convite do Pai para que o homem penetre os templos divinos do trabalho. O título, para nós, é simplesmente uma ficha, mas, no mundo, costuma representar uma porta aberta a todos os disparates. Com essa ficha, o homem fica habilitado a aprender nobremente e a servir ao Senhor, no quadro de Seus divinos serviços no planeta. Tal princípio é aplicável a todas as atividades terrestres (...).”

Emmanuel

RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), segundo a definição das Cartilhas da Política Nacional de Humanização – Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular, é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. É um dispositivo de coprodução e de cogestão do processo terapêutico a ser amplamente incorporado pelos serviços de saúde no Brasil. A produção acadêmica em torno desse dispositivo teórico-prático foi o objeto deste estudo, objetivando analisar a produção científica do Brasil sobre o uso do PTS no campo da saúde em geral e em suas possíveis articulações com a Terapia Ocupacional. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura, com ênfase em uma abordagem específica denominada revisão de escopo. Essa revisão é voltada a um processo de mapeamento da literatura relevante em uma determinada área de interesse com a finalidade de sumarizar o conhecimento sobre um dado tema de investigação. A pergunta norteadora desta pesquisa foi “O que tem sido produzido no Brasil acerca do PTS?”. Para a identificação dos estudos foi realizada a busca na Rede da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Foram utilizados os descritores: projeto terapêutico individual *OR* projeto terapêutico singular. No total foram analisados 40 estudos da literatura científica e quatro estudos da literatura cinza. Os estudos apontaram que o uso do conceito de PTS é transversal a diversas áreas do conhecimento, e com finalidades diversas, entre elas, a clínica, a formação e a gestão. Ao final desta pesquisa, foi possível descrever que o PTS no campo da saúde é usado como instrumento, dispositivo e/ou ferramenta que possibilita autonomia do usuário, direcionamento das ações da equipe e a construção de uma clínica interdisciplinar, sendo bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental e, ao longo do tempo, vem ganhando cada vez mais espaço na gestão e na atenção de outras áreas da saúde, integrando e qualificando o trabalho em equipe principalmente na atenção primária a saúde.

Descritores: projeto terapêutico individual, projeto terapêutico singular, produção de conhecimento, revisão de escopo.

ABSTRACT

The Singular Therapeutic Project, according to the definition of the National Policy of Humanization - Extended Clinic, Reference Team and Singular Therapeutic Project, is a set of proposals for articulated therapeutic care, for individual or collective, resulted from collective discussion of an interdisciplinary team. It is a device for coproduction and co-management of the therapeutic process that must be incorporated by health services in Brazil. The academic production around this theoretical-practical device was the object of this study, aiming to analyze the Brazilian scientific production on the use of Singular Therapeutic Project in the field of health in general and its possible articulations with Occupational Therapy. For this, a literature review was conducted, with emphasis on a specific approach called scope review. This review is focused on a process of mapping relevant literature in a particular area of interest to summarize the knowledge about a given research topic. The guiding question of this research was "What has been produced in Brazil about Singular Therapeutic Project?". To identify the studies, a search was made in the Virtual Health Library Network. The descriptors were: Individual Therapeutic Project OR Singular Therapeutic Project. In total, 40 studies from the scientific literature and four gray literature studies were analyzed. The studies pointed out that the use of the Singular Therapeutic Project concept is transversal to different areas of knowledge, and for diverse purposes, among them, the clinic, training and management. It was possible to describe that the Singular Therapeutic Project in the field of health is used as an instrument, device and / or tool that enables user autonomy, directs team actions and builds an interdisciplinary clinic, in spaces of care to mental health and over time, has been gaining more and more space in management and other health care areas, integrating and qualifying teamwork mainly in primary health care.

Descriptors: Individual Therapeutic Project, Singular Therapeutic Project, Knowledge Production, Scope Review.

Sumário

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	4
1. MARCOS TEÓRICO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	7
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E MARCO TEÓRICO	8
1.1.1 Definições do Projeto Terapêutico Singular	13
1.2 Interfaces entre o conceito de projeto terapêutico singular e a Terapia Ocupacional ..	20
1.3 OBJETIVO GERAL.....	23
1.3.1 Objetivos específicos	23
2. METODOLOGIA	24
2.1 REVISÃO DE ESCOPO E REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1.1 Etapas da aplicação da metodologia.....	26
2.2 POTENCIALIDADES E LIMITES DA METODOLOGIA.....	30
2.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
2.3.1 ETAPA 1 - Identificar a questão de pesquisa	35
2.3.2 ETAPA 2 - Identificar os estudos relevantes.....	35
2.3.3 ETAPA 3 - Selecionar os estudos.....	36
2.3.4 ETAPA 4 - Mapear os dados	38
3. RESULTADOS	39
3.1 ETAPAS 5 - Agrupar, resumir e relatar os resultados	40
3.1.1 Literatura científica	40
3.1.2 Literaturza cinza	113
3.2 CONTEXTO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL FRENTE AO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	122
3.2.1 Ampliação da busca referente a terapia ocupacional.....	123
4. DISCUSSÃO	131
4.1 A EXPRESSÃO DA PRODUÇÃO SOBRE O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA SAÚDE EM GERAL.....	132

4.2 A ESPECIFICIDADE DO NÚCLEO DA TERAPIA
OCUPACIONAL.....141

5. CONSIDERAÇÕES

FINAIS.....144

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 147

APRESENTAÇÃO

Eu fui uma criança, menina e hoje mulher muito determinada e perseverante, e estudar sempre foi o caminho que desde muito cedo escolhi para vencer na vida e principalmente, poder ajudar as pessoas ao meu redor.

Sempre me envolvia nas causas sociais e na defesa dos direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade. Gostava de conhecer pessoas diferentes e com muitas diferenças, no meu coração eu sempre senti que deveria estudar e trabalhar com algo que eu pudesse ajudar o outro, simplesmente ajudar.

Estudei a vida toda em escolas públicas, fui atleta de natação dos meus seis aos 18 anos, com disciplina e amor pelo que eu fazia, mas precisei deixar o esporte para ir à busca de um trabalho formal, afinal alguns pesos pairavam sobre mim naquela época. Nesse momento, fim do colegial, eu estava na busca por uma identidade, por espaço, e fui trabalhar. Conciliava cursinho pré-vestibular e um emprego em uma corretora de seguros, minha primeira oportunidade de emprego. Tentei ingressar na universidade pública no curso de Educação Especial na UFSCar e Ciências Sociais na UNESP – Araraquara e por pouco não consegui. Como na época eu não queria perder tempo fui prestar vestibular para o curso de economia já que era a área na qual eu trabalhava e então poderia ter mais sucesso profissional, deixando de lado a emoção. Naquele mesmo ano, o curso de economia não abriu turma e conversando com uma conhecida sobre o curso que ela fazia a tal da Terapia Ocupacional (TO), eu pensei que então poderia ajudar as pessoas com as mais variadas dificuldades e deficiências, além de poder utilizar o recurso da água que eu tanto tinha amor.

Com 19 anos, ingressei no curso de TO da Universidade de Araraquara- UNIARA. Logo no primeiro semestre da graduação perdi meu emprego, desesperada com o que eu ia fazer, fui procurar um local para trabalhar, mas que eu pudesse ficar mais próxima da área da saúde. Então, comecei a trabalhar em uma loja ortopédica, onde aprendi e amadureci muito. Sou imensamente grata a Cláudia Pasqualetto Filpi que me liberava para fazer os estágios sempre com muita compreensão e carinho.

No fim do meu terceiro ano recebi um convite para participar de uma iniciação científica com a Prof.^a Dr.^a Débora de Couto Carrijo, a quem sou muito grata, pois o seu convite me abriu a novas possibilidades e oportunidades dentro da área acadêmica. Foi aí o início da minha paixão por pesquisar, pelo aprofundamento teórico acerca de um tema. Com essa iniciação científica veio uma bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

Tecnológico (CNPQ) e apertando aqui, apertando ali, consegui parar de trabalhar para finalmente me dedicar só aos estudos. Então veio o meu último ano de graduação, o temeroso TCC onde tive mais uma oportunidade de estar envolvida na pesquisa e, finalmente, a formatura. Posso dizer que até hoje foi o dia mais emocionante da minha vida, o momento da colação de grau, no qual fui oradora. Ufa, finalmente, dezembro de 2013, terapeuta ocupacional. Foram quatro anos de muitos aprendizados, muitas oportunidades, dificuldades e conquistas.

Então hoje me apresento como terapeuta ocupacional formada em 2013, na Universidade de Araraquara - UNIARA. Percorri a pós-graduação lato sensu em Terapia Ocupacional na Saúde Mental em 2015/2016 na Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo - FACIS e, finalmente, em março de 2017, ingressei no Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar – PPGTO, local onde sempre quis estar, mas que foi tão difícil e árduo o caminho até o acesso.

INTRODUÇÃO

Tive um percurso intenso na clínica e na gestão de um Centro de Cuidados Prolongados em Neurologia III - Morada do Alvorecer, um setor da Santa Casa de Caconde. Essa instituição é filantrópica, com atendimento 100% do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse setor é voltado para o atendimento hospitalar de pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou em cuidados permanentes que necessitem de assistência contínua e de reabilitação físico funcional, com vistas à reinserção social conforme descrição na íntegra do que consta na portaria (Portaria GM/MS nº 2413/98 - pacientes sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas) que rege esse local (BRASIL, 1998).

Fiz parte da comissão que acompanhava ao longo do ano o Plano Operativo do Convênio SUS – SP, que consistia no plano de ações e metas que a instituição deveria seguir ao longo da vigência da assinatura do Convênio. Como a Santa Casa de Caconde pertence ao âmbito estadual, sob Coordenadoria da Região de Saúde do Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista – DRS XIV, a cada três meses uma equipe ia até a Santa Casa para avaliar o andamento do plano naquele trimestre. As avaliações do plano operativo eram baseadas em um instrumento com vários itens e dentro do item dos indicadores pactuados para a Morada do Alvorecer no sub-item C - INDICADORES DE QUALIDADE constava:

C-5 Gestão da clínica:

Implantar e implementar mecanismos de gestão da clínica ampliada considerando a complexidade do sujeito e do processo de adoecimento, pressupondo um trabalho em equipe e uma clínica interdisciplinar com apresentação de relatórios mensais contendo discussão multiprofissional dos casos, identificando os problemas e demandas dos pacientes e familiares com propostas de medidas contidas em plano de ação dispostas no PTI com avaliação de 15 prontuários.

C-6 Organizar e padronizar o atendimento a pacientes sob Cuidados Prolongados Neurológicos:

Manter e aplicar PTI para pacientes sob Cuidados Prolongados Neurológicos;

Avaliar o Prontuário do Paciente e Projeto Terapêutico Individual.

Então, a avaliação das ações da equipe interdisciplinar e do seu “desempenho” eram atravessadas a partir de um instrumento de avaliação que se não fosse alcançado a pontuação necessária para cada item, poderia assim, não somente perder pontos, como conseqüentemente o recurso destinado.

Será que estamos empoderando o sujeito no protagonismo da sua vida, nas atividades e/ou projetos que lhe fazem realmente sentido ou oferecendo um cardápio de atividades retornando ao mito da atividade terapêutica refletindo a partir do texto de Nascimento em meados de 1990, onde toda e qualquer atividade é terapêutica? Os serviços de saúde se tornaram ofertantes de atividades ocupantes e não significativas?

A partir disso, acredito que corremos o risco de colocar pacientes/equipes novamente enquadrados em protocolos ao fazer um uso burocrático do PTS, uma vez que esse processo atualmente ainda é transformado em meta/indicador. Podemos estar institucionalizando o projeto terapêutico o tornando para os interesses da instituição e não de fato para o paciente.

Um dos maiores desafios foi e talvez ainda seja, a conscientização da equipe que o verbo aplicar não deveria e não deve ser utilizado e sim o CONSTRUIR com a coparticipação de todos os envolvidos, além de que devemos olhar o PTS e não o PTI, porque o projeto deveria ser feito para o paciente de maneira de fato singular e única.

Somos capacitados a usar o PTS? Qual o nível de especificidade formativa ele apresenta (já que em tese, necessitaríamos primordialmente da capacidade de composição entre as possibilidades de ação dos nossos núcleos, em determinados campos e contextos singulares?). Somos informados que o PTS é uma ferramenta de ação técnica repleta de singularidades? Vale lembrar que apenas um estudo trouxe a questão da educação permanente em saúde, explicitando diretamente a interface do PTS com a formação.

Na minha experiência, o PTS era construído em reuniões semanais, um espaço de muitas potências, trocas e aprendizados. A cada reunião eram discutidos os casos individuais com objetivo de evitar a fragmentação do paciente, estimular o resgate da sua história de vida, proporcionando trocas de conhecimentos e experiências o que possibilitava melhorias na sua qualidade de vida, autonomia e a inclusão/ (re) inserção social de maneira integral, em todas as áreas da sua vida. Também não fomos informados sobre o PTS e suas potencialidades, apenas nos era informado a pontuação da avaliação da DRS e o que deveríamos fazer a partir disso. Fomos aprendendo e construindo juntos o saber, e desconstruindo que o PTS deveria ser feito porque tinha que ser aquela maneira de avaliação de qualidade, e sim que o PTS deveria ser usado pela equipe interdisciplinar, em uma instituição de cuidados prolongados (e não tínhamos nenhum embasamento teórico como o PTS poderia ser usado para pacientes institucionalizados) porque era um importante instrumento orientador das nossas ações e nos possibilitava ver as potencialidades da vida singular de cada um que ali morava e não simplesmente um roteiro pré-estabelecido para cumprir tais exigências.

Mas vale a observação que a reunião foi um espaço de conquista da equipe frente à administração, visto que outros setores do hospital achavam um absurdo ficarmos duas horas toda a semana sentados discutindo casos enquanto o “serviço” esperava. Enfim, essa pode ser uma realidade que muitas equipes devem enfrentar por aí (...).

As nossas ações em equipe interdisciplinar eram orientadas através da construção conjunta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada paciente de maneira única, subjetiva e individual, funcionando como um importante organizador do trabalho desenvolvido durante o ano. Mas como construir um projeto terapêutico de fato singular para pacientes tão graves que, muitas vezes, não conseguem e não sabem verbalizar os seus desejos e as suas vontades? Que vivem dentro de uma instituição? Sem vínculos familiares entre tantos outros fatores? Como usar o PTS a fim de empoderar esses pacientes a se tornarem protagonistas da sua própria história de vida?

A partir de um momento de reflexão e construção de conhecimento a partir da confluência entre a dimensão da experiência como trabalhadora que operou o PTS e a pesquisadora que olha para a produção de conhecimento sobre esse tema e o desejo de relacionar temas como a gestão, a clínica e a produção de conhecimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e para o SUS em possível articulação com o campo da TO foi uma das molas propulsoras deste trabalho.

O PTS ganhou espaço significativo como uma ferramenta para a gestão e a atenção, seus acúmulos conceituais e práticos evidenciam a sua importância como dispositivo de integração e organização de equipes profissionais de saúde no SUS. Por compreendermos essa importância, tornou-se a análise da produção brasileira sobre o PTS o objeto de investigação, com interesse especial em identificar como essa produção se apresenta nos periódicos da saúde brasileira de modo geral e de modo específico nos contextos próprios da Terapia Ocupacional. Muitas inquietações e dúvidas relacionadas a efetividade do PTS foram surgindo ao longo do meu processo naquela instituição e o meu interesse em entender o PTS, as suas potencialidades e os seus limites, o seu arcabouço teórico e pesquisas referente a esse instrumento de gestão e clínica tornou o objeto de estudo da minha pesquisa de Mestrado.

Para isso optamos metodologicamente pela revisão de literatura, com ênfase em uma abordagem específica denominada Revisão de Escopo. A proposta desta dissertação se organizou em apresentar a contextualização histórica e marco teórico do PTS, definições do conceito e as interfaces entre o conceito de PTS e a TO. Na sequência apresentaremos os objetivos da pesquisa, a metodologia, os resultados, as discussões e por fim, as considerações finais.

1. MARCO TEÓRICO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Neste capítulo será apresentado o *marco teórico da pesquisa*, a *definição do projeto terapêutico singular* segundo alguns autores da área, e a *Terapia Ocupacional no diálogo com o projeto terapêutico singular*.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E MARCO TEÓRICO

Partimos das bases epistemológicas da Saúde Coletiva e de um conjunto de autores que trabalham a interface entre gestão e subjetividade que em determinado momento histórico se denominou Em Defesa Da Vida. A Saúde Coletiva surge no Brasil na segunda metade da década de 1970, permeando esse discurso se organiza o Movimento Sanitário, que teve a autora Escorel (1998) como ator coletivo da reforma sanitária brasileira. A natureza do campo da Saúde Coletiva está assentada em um triedro composto pelos componentes: ideologia, saber e prática (ESCOREL, 1998). Portanto, a Saúde Coletiva não é só movimento ideológico, nem apenas prática política. É prática técnica, científica e tecnológica. O seu saber não se restringe ao conhecimento científico, mas se encontra permeável a outras tantas manifestações da sabedoria humana (PAIM, 2006).

Paim (1981) supõe que as bases teóricas da Saúde Coletiva no Brasil já estavam desenvolvidas antes do início da segunda metade da década de 1970, com as defesas das teses “Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho”, de Cecília Donnangelo, e “O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, de Sergio Arouca de 1975 (ESCOREL, 2008).

O trabalho em Saúde Coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, abrange um elemento ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos. Não é um mero trabalho, mas sim um composto de atividades eticamente comprometido com o seu objeto, as necessidades sociais de saúde. Esse trabalho é integralmente perpassado por valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia (PAIM, 2006).

Assim, para a compreensão do trabalho do profissional de saúde coletiva não basta o reconhecimento de que são distintos os processos que utilizam a clínica ou a epidemiologia e a gestão. Ao recorrer a tecnologias centradas no

coletivo e ao exercer funções de direção, planejamento, supervisão e controle sobre um conjunto de práticas de saúde, esse profissional precisa dominar conhecimentos e habilidades específicas não redutíveis às ciências biológicas ou da saúde. De um modo mais simplificado e resumido, pode-se reconhecer tal profissional como um “técnico de necessidades sociais de saúde” e um “gerente de processos coletivos de trabalho em saúde”, voltados para a realização de ações de vigilância, planificação, gestão, controle, avaliação, além de intervenções sociais organizadas dirigidas à promoção, proteção, comunicação e educação em saúde (PAIM, 2002 apud PAIM, 2006).

Campos (2000a) ressalta que o objetivo é de repensar a Saúde Coletiva se filiando àquelas escolas filosóficas que sustentam a existência da relação dialética entre o pensar e o agir, entre o homem e o mundo, e entre os próprios homens, entre ser e não ser, ao mesmo tempo. Olhar o criador e criatura juntos, durante todo o processo, um ente produzindo por ele e por outros. É imprescindível atribuir que toda produção é uma coprodução em que o produtor é também modificado pelo produto.

A “corrente” Em Defesa da Vida surgiu ao final da década de 1980, a partir das atividades acadêmicas de um grupo de sanitaristas vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP (atualmente denominado Departamento de Saúde Coletiva) e de trabalhadores da Secretaria de Saúde de Campinas. A inseparabilidade entre teoria e prática é uma característica marcante dessa corrente. Entre as concepções chave dessa proposta, com importantes consequências operacionais citamos: a) o entendimento de que a política se realiza nos macro e micro espaços das relações sociais; b) o papel central dos trabalhadores para as mudanças do setor de saúde; c) a necessidade de reformulação do arcabouço teórico e das práticas clínicas e de Saúde Pública que valorizem, em última instância, as relações intersubjetivas (FERIGATO; CARVALHO, 2009).

Um dos protagonistas desse arcabouço teórico-prático, Campos (2000a) recomenda que os sanitaristas e os demais profissionais de saúde assumam, explicitamente, uma visão de mundo fundada na radical defesa da vida das pessoas com as quais trabalham. Isso pressupõe a busca da construção de condições sociais que possibilitem aos especialistas em saúde coletiva trabalhar com autonomia relativa tanto em relação ao Estado, quanto a partidos políticos, ideologias e outras racionalidades técnicas. Desse modo, caberia ao sanitarista se colocar sobre a existência ou não de saberes e de modos concretos para se enfrentar tal ou qual problema de saúde, disputando com os economistas e políticos pela defesa da vida de grupos expostos a riscos.

Ainda Campos (2000a), dentro de um pensamento dialético, diz que a Saúde Coletiva é uma esfera importante do campo da saúde, e seu núcleo se baseia no apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; à produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/ intervenção. Nesse contexto, compreendemos que esses acúmulos conceituais e práticos advindos das formulações e usos do PTS evidenciam a importância desse dispositivo para integração e organização de equipes profissionais de saúde no SUS, bem como para a elaboração de políticas e modelos de intervenção.

A concepção teórica e metodológica “Paideia”, desenvolvida por Gastão Wagner de Sousa Campos e colaboradores ao longo dos últimos 25 anos, vem sendo amplamente utilizada em políticas e práticas de saúde no Brasil (CAMPOS et al.,2014) e articula conceitos e práticas diretamente associados à formulação do PTS como um dispositivo de gestão da clínica.

Trata-se de uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos, que possui três eixos de aplicação:

- Apoio institucional: uma função gerencial para a cogestão, usada nas relações entre serviços, e entre gestores e trabalhadores (CAMPOS, 2000b; OLIVEIRA, 2011).
- Apoio matricial: um modo de funcionamento para o trabalho em rede, valorizando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade, o diálogo e a interação entre profissionais que trabalham em equipes ou em redes e sistemas de saúde (CAMPOS, 2000b; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, 1999).
- Clínica ampliada e compartilhada: aplicação da metodologia do apoio Paideia como estratégia para se compartilhar o Projeto Terapêutico entre usuário e profissionais. Objetiva a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre profissionais responsáveis e usuários (OLIVEIRA, 2007; ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006; CUNHA, 2005; CAMPOS, 2003).

Em 1999, Merhy afirma que é na construção desse projeto terapêutico que se faz o exercício de síntese das competências, em particular da articulação entre a competência genérica de qualquer profissional de saúde como um cuidador e o seu agir específico.

Ao analisarmos mais criticamente os mecanismos de produção do cuidado através da construção dos "projetos terapêuticos" e os distintos modelos de

atenção à saúde que definem os perfis profissionais competentes para operá-los, podemos abrir novos terrenos para buscar um "novo" tipo de competência profissional no interior das práticas de ensino das escolas, e assim governar os nossos recursos disponíveis e nossos processos pedagógicos de outras maneiras (MERHY, 1999).

Campos (1999) reforça que um projeto terapêutico implica em certo diagnóstico, e depende de uma aproximação entre cliente, família e profissionais de referência, e implica na instituição de práticas, individuais, de grupo ou mais coletivas.

Oliveira (2008) menciona que a partir do início dos anos noventa, o conceito de projeto terapêutico inicia sua construção, como uma das respostas para a perspectiva de atendimento na saúde mental e tem sua concepção sendo construída no Brasil ao longo dos últimos vinte anos, junto com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica.

Diferente de um elenco de procedimentos, planejava-se operar com a noção de projeto terapêutico como processo: construído, reconstruído, repensado, redimensionado, em relação com os usuários, com os familiares e em equipe. Um processo que, criticando as distâncias produzidas pelas hierarquias e pelas diversas formas de objetivação, implica proximidade, intensidade de redes de afetos e de relações (NICÁCIO, 2003).

A ressonância positiva entre trabalhadores e a eficácia do dispositivo PTI/PTS, evidenciada nesses contextos, ganham força com a incorporação desse dispositivo no discurso macro político e sua incorporação teórica e prática em nível federal pelo Ministério Saúde, especialmente por meio da Política Nacional de Humanização (PHN) (BRASIL, 2003).

As primeiras edições das cartilhas desenvolvidas pela PNH, intituladas “Clínica Ampliada”, “Prontuário transdisciplinar e Projeto Terapêutico”, já nos apontavam que a elaboração do projeto terapêutico se constituía como um processo com momentos de atuação individual e momentos de trocas entre a equipe de saúde (pactuação da equipe). Os profissionais devem ter momentos de encontros para discutirem a situação do usuário, os objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e a avaliação de resultados. O projeto terapêutico deve englobar ações que visem o aumento da autonomia do usuário e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados. Nesse momento se usa o termo projeto terapêutico na mesma lógica de Campos (1999).

Segundo Cunha (2004) a concepção de PTS está vinculada às experiências no campo da saúde mental, principalmente a partir da influência da Psiquiatria Democrática Italiana no Brasil, bem como à noção de profissional de referência.

Oliveira (2007) considera que o conceito de PTS surge no Brasil no início da década de 1990, em meio ao movimento que concebe a luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. O exercício de singularização dos projetos terapêuticos e da relação equipe-usuário-familiares acontece por meio de sua produção na relação, no diálogo com as exigências, as necessidades, os afetos e os conflitos que emergem no processo terapêutico, em um esforço para superar as formas de pensar e de agir, do modelo manicomial, que dificultava as possibilidades de contrato nas relações com os sujeitos e suas singularidades.

Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o PTS é um dos principais dispositivos de trabalho interdisciplinar. O CAPS se caracteriza como um serviço comunitário e aberto do SUS, sendo referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, substitutivos das internações psiquiátricas.

Posteriormente, a ABS e em especial os Núcleos de Atenção à Saúde de Família (NASF), tomou a humanização como diretriz e princípio, agregando vários de seus dispositivos, entre eles o PTS como ferramenta de ação e apoio às equipes das Unidade Saúde da Família (USF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2009).

Ressalta-se a relevância desse processo para o aperfeiçoamento das ações em saúde no Brasil. A incorporação oficial pelo Estado de um dispositivo de gestão da clínica que valoriza a interdisciplinaridade, a gestão participativa e colaborativa, além da ampliação do protagonismo dos usuários e familiares na condução do processo saúde-doença-intervenção, não diz apenas da incorporação de mais uma tecnologia de cuidado, mas também da instauração de novas formas de pensar a clínica e a gestão no SUS. Um movimento contra hegemônico a partir da indução do uso de um dispositivo que questiona em ato e no cotidiano dos serviços movimentos tradicionais no setor saúde, como a hierarquia entre profissionais, gestões centralizadoras e a coisificação dos usuários.

Em 2007, na segunda edição da cartilha da Clínica Ampliada, o termo Projeto Terapêutico Singular (PTS) substitui o termo Projeto Terapêutico Individual (PTI), por razões que serão explicitadas posteriormente.

Para Oliveira (2007), considerando que entre os profissionais de saúde é desejada e valorizada a oportunidade de participar de discussões de caso, o PTS se constrói no *setting* das reuniões de equipe, para programar certa forma de planejar e compartilhar a clínica e o processo terapêutico.

O PTS demanda da equipe a operação com menor possibilidade de certezas e maior abertura para a negociação, algumas vezes inclusive, de seus próprios modos de ver o mundo e os processos de adoecimento e de produção de saúde (OLIVEIRA, 2007).

O que a literatura e as experiências práticas nos evidenciam é que o PTS se constrói como uma proposta articulada a outros conceitos também propostos por Campos (2007), entre eles o conceito de Clínica Ampliada e Equipe de Referência em especial, entre outros, como o apoio matricial e a cogestão.

A construção da clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas não somente a combaterem as doenças, mas a de se transformarem, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeçam de viverem outras coisas em suas vidas (BRASIL, 2007).

Os autores Campos e Domitti (2007) trazem a reflexão de que para a construção da clínica ampliada é fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. A medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças enquanto na clínica ampliada, há a necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças e sintomas, outros aspectos como determinantes sociais de saúde, contextos pessoais, as situações que ampliam o risco e/ou vulnerabilidade das pessoas, aspectos subjetivos, etc.

Assim compreende que a equipe ou profissional de referência possui a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário com o objetivo de ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Campos (1999) ressalta que a principal função dos profissionais de referência seria elaborar e ser o principal responsável por programar o projeto terapêutico individual (singular), conjuntamente com a equipe, usuário e familiares. Essa organização visa ampliar as possibilidades de composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento.

Boccardo et al. (2011), para efetivar a elaboração e operacionalização do PTS propõem a adoção de alguns eixos norteadores: a centralidade na pessoa, a parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a ênfase no contexto da pessoa, a construção compartilhada e a definição de metas com duração previamente acordada.

Formalmente, o PTS é composto por quatro momentos: o Diagnóstico; a Definição de metas; a Divisão de responsabilidades; e a Reavaliação (BRASIL, 2007; CUNHA, 2007; 2004).

No primeiro momento, o objetivo é realizar uma avaliação biopsicossocial, com o intuito de conhecer e se comprometer com a situação vivenciada pelo sujeito. Em seguida, é preciso traçar metas, definindo conjuntamente com o usuário o tempo necessário previsto para que essas sejam cumpridas. O terceiro momento corresponde à divisão de responsabilidades entre os profissionais cuidadores e sujeitos envolvidos, no qual o coordenador (ou o profissional de referência) será aquele que tiver melhor vínculo com o usuário. Posteriormente, é necessário negociar propostas, considerando as diferenças e peculiaridades do sujeito. No último momento, deve ser feita uma reavaliação refletindo sobre o andamento do trabalho, evoluções e novas propostas (BRASIL, 2007; CUNHA, 2007; 2004).

1.1.1 Definições do projeto terapêutico singular

O termo PTS, anteriormente denominado PTI, é definido em vários documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como em cartilhas técnicas e pela literatura científica, de diferentes formas e com diferentes linguagens. Entre as principais políticas de difusão e sistematização do uso teórico-prático do PTS podemos citar a Política Nacional de Saúde Mental - PNSM (BRASIL, 2001), a Política Nacional de Humanização – PHN (BRASIL, 2003) e a Política Nacional da Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012c).

De acordo com o documento “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” o PTI pode ser definido como um conjunto de atendimentos que respeita a singularidade do usuário, que individualiza o atendimento na unidade e fora dela e que sugira atividades durante a permanência diária no serviço de acordo com as suas necessidades (BRASIL, 2004a).

Essa definição é ampliada em outras leituras, como por exemplo, na cartilha “HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico”, na qual se evidencia que o projeto terapêutico deve, necessariamente, englobar ações que visem ao aumento da autonomia do usuário e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da habilitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidados (BRASIL, 2004b).

Para Cunha (2004), o PTS não deixa de ser uma variação da discussão de “caso clínico”, construído em uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito em processo de adoecimento e sua relação com a equipe, para definição de propostas de ações. A proposta para esse autor é que sejam priorizados usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe e sugere que aqueles profissionais que tenham vínculo mais próximo assumam mais responsabilidades na coordenação do PTS.

No caderno de atenção básica “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” o PTS é apresentado como um plano de ação que contempla todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, fornecendo técnicas para desenvolver uma estratégia de intervenção pactuada com o usuário, que vai além do medicamento, e da solicitação de exames, mas que analise que o ambiente, a família, o trabalho, os recursos da comunidade e outros aspectos que podem ser relevantes (BRASIL, 2006b).

Segundo a definição da Cartilha da Política Nacional de Humanização – Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular (2008; 2007) o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. O PTS do usuário inclui projetos voltados para o sujeito, individualmente, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Compreendem planos de ação apoiados na avaliação conjunta das condições biopsicossociais dos usuários e seus contextos. A sua construção deve incluir a corresponsabilidade de usuário, gestor e trabalhador/equipes de saúde, e devem ser considerados: a perspectiva de ações intersetoriais, a rede social de que o usuário faz parte, o vínculo usuário-equipe de saúde e a avaliação de risco/vulnerabilidade.

Para o enfrentamento de problemáticas de saúde associadas às situações de vulnerabilidade social, a PNH nos fornece duas ferramentas para intervenção nesse tipo de situação: o prontuário transdisciplinar como instrumento de comunicação e auxílio na manutenção da continuidade do cuidado pelos diferentes atores do processo e o PTS como um projeto de cuidado que inclui as ações dos profissionais que atenderam o usuário anteriormente e define os encaminhamentos necessários para aquele caso (BRASIL, 2011).

Desse modo, podemos compreender que uma das dimensões do projeto terapêutico abarca de uma discussão prospectiva de casos complexos, na qual, depois de uma

avaliação de risco e de vulnerabilidade, são acordadas intervenções a partir de diversos membros da equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para Merhy (2000) o projeto terapêutico adquire um formato definido pela maneira como certo modelo de atenção à saúde realiza o encontro entre a capacidade de produzir certas práticas de saúde e o mundo das necessidades de saúde como seu problema de ação tecnológica incorporando-as nos seus objetos. Assim, pelos projetos terapêuticos poderá ser vista a maneira como, no dia a dia, os profissionais operam suas “caixas de ferramentas”.

Um projeto terapêutico é um conjunto de ações formadas por atos de produção de saúde que se configura como resultado da interface entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, gerando ações um segundo plano geral que determinada a filosofia de trabalho (MERHY, 2000 apud FIORATI, 2010).

O PTS é um dispositivo que requer o desenvolvimento de uma clínica que valorize outros aspectos além do diagnóstico biomédico e da medicação como forma de tratamento. Demanda também transformações no modo institucional de operar o processo de trabalho nos serviços, pois infere uma maior horizontalidade nas relações de poder entre a equipe e a formação de vínculo com o usuário; a participação do usuário na formulação e no andamento do tratamento e maior responsabilização profissional (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

A principal finalidade com o uso desse dispositivo é delinear uma estratégia de intervenção para o usuário levando em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. O PTS uma dedicação aprofundada na discussão do problema e o envolvimento de todas as partes no processo. É de fundamental importância a participação do usuário na formulação do seu PTS, assim como a implicação da família quando houver necessidade. Outro fator importante na construção do PTS é a distribuição de responsabilidades, inclusive com cronogramas para realização e data para avaliação do processo (ONOKO-CAMPOS; GAMA, 2008).

Nessa perspectiva, compreende-se que para a efetivação de seu uso deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização, entre os diferentes sujeitos envolvidos no PTS. O autor ainda o define 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. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (OLIVEIRA, 2008).

Esse foi um dispositivo bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de assegurar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, a construção do PTS situa-se em um momento para a equipe no qual nem que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. É importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos. Ainda, o PTS é utilizado, também, quando a equipe de saúde necessita de outros saberes para o enfrentamento de casos especiais, dentro do objetivo de traçar estratégias intersetoriais de intervenção junto ao usuário (BRASIL, 2010a).

Os autores Linassi et al. (2011) ressaltam que a estratégia do PTS é transformadora na medida em que busca estender o trabalho já existente, aperfeiçoando estratégias para produzir saúde, visando uma melhora na relação entre a tríade: trabalhadores, usuários e gestão.

O Projeto Terapêutico Singular possibilita refletir sobre cada caso, um a um. Permite pensar que não há algo que pode ser usado por todos, no mesmo momento, da mesma forma e que terá o mesmo resultado. É a busca pela criação de um espaço comum, de proximidade, de troca entre os diferentes saberes envolvidos no processo, buscando resoluções com e não para o outro (LINASSI et al. 2011).

Para Barros (2010), os projetos terapêuticos se instituem como instrumentos para as práticas de saúde inovadoras, que singularizam os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde e apontam novas perspectivas de produção de autonomia, protagonismo e inclusão social. A autora recomenda que os projetos terapêuticos busquem suplantam o paradigma biomédico por meio de ações conjuntas e coletivas para responder as necessidades das pessoas, gerando assim mudança de vida. A autora sugere a utilização da terminologia Projeto Terapêutico Singular ao invés de Projeto Terapêutico Individual, reforçando que o conceito de *SINGULARIDADE* apreende com maior precisão as intenções gerais e específicas assumidas na construção de projetos terapêuticos, especialmente a diretriz de estar centrado nos sujeitos, em suas necessidades e contexto de vida, o que define seu caráter singular.

Além disso, o PTS é formalmente um recurso associado ao conceito da clínica ampliada e um dispositivo da humanização em saúde. Para os autores que abordam o PTS a

partir desses conceitos, uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva – e em especial na atenção primária – é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social (CARVALHO E CUNHA, 2006 apud BRASIL, 2011). Ou seja, os projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais, o que restringe o uso da palavra “individual”. Essa concepção é extremamente importante para um terapeuta ou matriciador quando se aborda algum caso com a equipe de referência (BRASIL, 2011).

No caderno de atenção básica “Saúde mental” o PTS é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa, e tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Um PTS deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação. A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo (BRASIL, 2013a).

Barros (2010), ao pesquisar relata que tinha a hipótese de que o projeto terapêutico seria o componente central do tratamento do usuário que necessita de atendimento de saúde mental, já que é através dele que as estratégias de cuidado são pensadas a fim de responder suas reais necessidades de saúde, sendo que a partir da sua elaboração se concretizaria a relação entre o usuário, à equipe e a instituição. Contudo, os dados da sua pesquisa mostram que as práticas institucionais ainda se fundamentam na prescrição de procedimentos, como, por exemplo, a oferta de atividades já no ato da realização do primeiro acolhimento do sujeito na instituição. Apareceram ainda alguns limites de caráter objetivo que impedia a atenção singularizada aos sujeitos com transtornos mentais, principalmente aqueles relacionados às grandes áreas de abrangência das instituições e à parceria pública– privada no gerenciamento dos serviços. Tais aspectos merecem atenção e destaque nas discussões técnicas e políticas intrínsecas ao processo de Reforma Psiquiátrica.

O PTS é também uma ferramenta para qualificar o atendimento à pessoa com doença crônica, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade. Consiste em um conjunto de propostas, construídas a partir do movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico, e por tanto, um processo que percorre

clínica e gestão como aspectos indissociáveis (OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2010a apud Brasil, 2013b).

No caderno de atenção básica “Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano” (BRASIL, 2009) e na edição “Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica” (BRASIL, 2012a) define o PTS como instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, com a transversalização dos poderes e conhecimentos (CAMPOS, 2003 apud BRASIL, 2014).

1.2 INTERFACES ENTRE O CONCEITO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E A TERAPIA OCUPACIONAL

Terapeutas ocupacionais, como membros de equipes interdisciplinares em diferentes contextos do setor saúde, fazem parte de um dos núcleos profissionais que contribuem para a construção coletiva de projetos terapêuticos. Esta pesquisa se debruçou sobre possíveis especificidades do núcleo da TO nessa construção.

É importante ressaltar a adoção da perspectiva de “Núcleo” e “Campo” profissional, propostos por Campos (2000a), como formas de organização das disciplinas na saúde. Assim, o “Núcleo” profissional é aquele que dá contorno à identidade profissional, demarcando uma área de saber e prática utilizadas predominantemente por determinada disciplina. Por “Campo”, compreende-se o espaço de atuação profissional, com limites imprecisos, no qual haveria a necessidade de composição das distintas disciplinas para concretização de tarefas relacionadas à construção de conhecimento e ao desenvolvimento das práticas.

No núcleo da TO permeiam alguns os conceitos-chave ou objetos centrais da profissão que se apresentam de forma variada a depender das diferentes áreas de atuação e do referencial teórico no qual se ancoram os profissionais como: modos de vida, cotidiano, ocupação, atividades, inserção social, inclusão social, participação social e emancipação social, sendo esses, alguns dos objetos teórico-práticos que os profissionais e pesquisadores terapeutas ocupacionais se ancoram para discutir os diferentes problemas (individuais e/ou coletivos) a fim de propor ação técnica e/ou processos emancipatórios de vida.

A partir do referencial teórico de Bourdieu (2011), pensamos “modos de vida” como algo que não se reduz aos indicadores objetivos de condições de vida e trabalho, mas que é construído através de práticas e representações das quais os sujeitos/trabalhadores lidam com essas condições, não sendo só uma representação do que está posto e sim de como o outro vê de fato isso, na sua singularidade.

O conceito de “cotidiano” se apresenta a partir dos referenciais teóricos de Heller (1972), Lefebvre (1991), Pais (2003, 2013) e Galheigo (2003), ou seja, o cotidiano como sendo o lugar onde a vida acontece, onde se produz seus sentidos, suas capacidades, desejos, habilidades, paixões e ideologias.

É no desenvolvimento da vida cotidiana, enquanto construção individual e social, que se constrói o raciocínio clínico da terapia ocupacional (SALLES; MATSUKURA, 2013).

A Terapia Ocupacional preocupa-se com a produção de vida das pessoas que atende, e a vida é composta no cotidiano; é nas pequenas ações do dia a dia que nós construímos enquanto seres humanos e desenvolvemos nossos interesses. Cada cotidiano é vivido de forma particular, única por cada sujeito construído conforme a singularidade do sujeito e da realidade vivida pelo contexto social. Dessa forma, a construção e transformação da vida cotidiana pode se apresentar como um instrumento na atenção em terapia ocupacional; assim como uma finalidade a ser alcançada em terapia ocupacional (SALLES; MATSUKURA, 2013).

Já o conceito de “ocupação”, partindo do referencial da Ciência Ocupacional (2013) apud Magalhães (2013) remete-se as várias atividades cotidianas que as pessoas realizam como indivíduos, em família e nas comunidades para ocupar seu tempo e trazer significado e propósito à vida. Ocupações incluem as coisas que as pessoas precisam ou querem fazer e também aquilo que se espera que façam.

O conceito de “atividades” a partir da leitura de Lima (2004) indica as ações humanas imersas no campo da produção cultural, compreendendo um conjunto de hábitos, técnicas,

instrumentos, materiais, conhecimentos historicamente constituídos e formas socialmente estabelecidas de fazer e agir no mundo.

O conceito “participação social” se coloca a partir de um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em quem o sujeito, individual ou coletivo, diretamente ou por representantes, direciona seus objetivos para o ciclo de práticas e políticas públicas (SCOREL; MOREIRA, 2008; OLIVER, 2004).

O conceito de “inserção social” para Arendt (1990, 1988) está vinculado diretamente a ampliação das possibilidades individuais e coletivas de ação na esfera pública e não apenas na vida privada. Assim, a ideia de inserção no espaço público surge como uma condição fundamental da atividade política. (ARENDR, 1990, 1988).

E por fim, o conceito “emancipação social” a partir da leitura de Boa Ventura de Souza Santos (2003) se caracteriza por processos emancipatórios que compõe a produção de cidadania ao mesmo tempo nas esferas individuais e coletivas de cidadania, ou seja, a emancipação social como efeito de uma nova teoria democrática, pautada em novas concepções de sujeito e de subjetividade. Uma das possíveis formas de investigação sobre a especificidade da TO na produção de PTS é identificar se quando pensa a sua construção em articulação com outros profissionais e atores sociais ela inclui esses conceitos-chave?

Primeiramente, pensemos no termo Projeto como o que se refere a uma intencionalidade clínica-política em se lançar ao futuro a partir das situações vividas cotidianamente no presente. Ou seja, a partir do que é vivido e possível, buscar estratégias comprometidas com a produção de saúde, autonomia e inclusão social, com a finalidade de sustentar o desenvolvimento e a condução de processos terapêuticos engajados em projetos de vida, especialmente, vidas que se encontra em situação de vulnerabilidade (CAMPOS, DOMINITTI, 2007; OLIVEIRA, 2007).

Para Ayres et al. (2003), o entendimento sobre o conceito de vulnerabilidade se refere à chance de exposição das pessoas ao adoecimento ou à condições de vulnerabilidade social, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se atribuam imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Se coloca em foco as possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelo coletivo, em suas relações com o mundo, nos seus contextos de vida. Assim, o desenvolvimento de um olhar sobre vulnerabilidades, deve implicar, necessariamente, a consideração dos contextos singulares dos indivíduos e coletivos envolvidos (OLIVEIRA, 2008).

O estudo de Rocha e Souza (2011) traz a atuação da TO na APS e relata que as atividades de matriciamento realizado pela TO são indispensáveis no desenvolvimento de PTS, pois, as trocas constantes entre os profissionais asseguram uma maior capacidade dos serviços em responder, com qualidade, as reais necessidades dos usuários, além de desenvolver a sua integralidade.

Os PTS têm ainda como objetivo promover mudanças no lugar social tradicionalmente ocupado pelas pessoas em situação de vulnerabilidade e para tanto, as ações devem contemplar os sujeitos, o contexto social e as redes sócio relacionais, com vistas à promoção de relações capazes de produzir respostas às necessidades reais da pessoa e a melhora de sua qualidade de vida (SARACENO, 1998; 2001; KINOSHITA, 2001; MÂNGIA, 2002 apud BARROS, 2010).

1.3 OBJETIVO GERAL

- Analisar a produção brasileira acerca do PTS no campo da saúde.

1.3.1 Objetivos específicos

- Mapear a produção da literatura científica e cinza publicada no Brasil sobre PTS;
- Identificar as definições e as fundamentações teóricas do PTS;
- Especificar ações, serviços de saúde e campos que incorporam o conceito/ferramenta do PTS;
- Descrever as contradições e/ ou inovações no uso do PTS;
- Sistematizar as potencialidades e limitações do PTS apontadas pelos estudos analisados;
- Identificar as produções científicas acerca das possíveis contribuições da T.O na construção do PTS.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentada a metodologia adotada para a realização deste estudo. O capítulo foi subdividido nas seguintes seções: o que é uma *Revisão de Escopo segundo o referencial teórico de base para a metodologia, etapas de aplicação* além das *potencialidades e limites dessa abordagem metodológica*.

2.1 REVISÃO DE ESCOPO E REFERENCIAL TEÓRICO

A proposição da revisão de escopo foi originalmente realizada por Hilary Arksey e Lisa O'Malley (2005) e foi o principal referencial teórico metodológico adotado para essa dissertação.

Esse tipo de revisão é direcionado ao mapeamento da literatura relevante em uma determinada área de interesse. Compreende um conjunto de técnicas com a finalidade de sumarizar o conhecimento sobre um dado tema de investigação que permite aos pesquisadores chegar a uma evidência que transmita conhecimento amplo e profundo em determinado campo de conhecimento (VIANA, 2013; LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010).

De acordo com Levac, Colquhoun e O'Brien (2010), o "*scoping study*" ou "*scoping review*", traduzida como revisão de escopo, representa uma revisão dos diversos campos de conhecimento em saúde com abordagem cada vez mais comum em diversos países do mundo. Nessas situações, estudos de escopo são ideais porque os pesquisadores podem incorporar uma série de desenhos de estudo, tanto na literatura publicada e cinza, consulta pública e gerar resultados que podem complementar os resultados dos ensaios clínicos.

O estudo de escopo pode mapear rapidamente os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa, as principais fontes e tipos de evidências disponíveis, especialmente para áreas complexas ou em temáticas que não foram revistas exaustivamente antes (MAYS et al. 2001 apud ARKSEY; O'MALLEY, 2005 tradução nossa).

Arksey e O'Malley (2005) descrevem quatro funções comuns pelos quais uma revisão de escopo pode ser realizada:

1. Examinar a extensão, o percurso e a natureza da investigação: É uma forma útil de mapeamento de campos de estudo nos quais é difícil visualizar a quantidade de materiais disponíveis.

2. Determinar o valor de realizar uma revisão sistemática completa: Nesses casos, um mapeamento preliminar da literatura pode ser realizado para identificar, ou não, se uma revisão sistemática completa é possível e/ou viável (existe alguma literatura?) ou relevante (que revisões sistemáticas já foram realizadas?) e os custos possíveis para realizar uma revisão sistemática completa.
3. Resumir e divulgar os resultados de pesquisas: Descrever em mais detalhes os resultados e percursos de pesquisas em áreas específicas de estudo, proporcionando assim um meio de síntese e divulgação dos resultados para políticos, profissionais e usuários, para os quais a falta de tempo ou de outra forma de recurso impossibilita a realização de tal trabalho.
4. Identificar lacunas da investigação na literatura existente: Esse tipo de revisão torna o processo de divulgação mais explícito, produzindo um passo adiante para a obtenção de conclusões sobre a literatura existente, considerando especialmente o estado das atividades de investigação.

No entanto, é importante ressaltar que a identificação de lacunas na literatura por meio de um estudo de escopo não necessariamente vai identificar as lacunas de pesquisa caso a pesquisa em si seja de má qualidade, já que a avaliação da qualidade não faz parte das atribuições da revisão de escopo.

Segundo as autoras Arksey e O'Malley (2005), de modo geral, esses quatro usos comuns pelos quais uma revisão de escopo pode ser realizada, sugerem duas maneiras diferentes de pensar o papel ou propósito de uma revisão de escopo. Os dois primeiros pontos sugerem que o estudo de escopo pode ser percebido como uma parte de um processo contínuo de revisão. Os dois últimos sugerem que o estudo de escopo pode ser concebido como um método em seu próprio direito, levando à publicação e divulgação dos resultados da investigação em um campo específico de investigação. O objetivo de identificar lacunas na base de evidência existente é claramente importante, inclusive para a explicitação de campos em que a investigação em determinado tema pode avançar.

2.1.1 Etapas da aplicação da metodologia

A estrutura para a realização de uma revisão de escopo é sustentada pela visão mantida pelos proponentes de revisões sistemáticas, para quem os métodos utilizados nas diferentes fases da pesquisa são conduzidos de uma forma rigorosa e transparente. “O

processo deve ser documentado em detalhes para permitir que o estudo possa ser replicado. Essa abordagem explícita de rigor metodológico aumenta a confiabilidade dos resultados” (MAYS et al. 2001 apud ARKSEY; O’MALLEY, 2005 tradução nossa).

As etapas previstas para uma revisão de escopo são:

1. **Identificar a questão da pesquisa:** O ponto de partida é identificar a questão da pesquisa a ser respondida, como um caminho norteador que fornece o roteiro para as etapas subsequentes. Os aspectos relevantes da questão devem ser claramente definidos, pois eles têm ramificações para estratégias de pesquisa. As questões de pesquisa são de natureza ampla, pois procuram fornecer uma maior amplitude de cobertura (ARKSEY; O’MALLEY, 2005 tradução nossa).
2. **Identificar os estudos relevantes:** Essa etapa envolve a identificação de estudos e o desenvolvimento de um plano de decisão de onde procurar (escolha da base de dados), quais termos usarem (escolha de descritores), quais fontes devem ser pesquisadas, tempo e linguagem. Compreensibilidade e amplitude são importantes na pesquisa. As fontes incluem bases de dados eletrônicas, lista de referências paralelas, busca manual de revistas-chave, organizações e conferências. É importante destacar os aspectos práticos da pesquisa: o tempo, o orçamento e os recursos pessoais mobilizados, já que esses são potenciais fatores limitantes. As decisões precisam ser tomadas antecipadamente e serem explicitadas de modo que fique expresso como os caminhos eleitos afetarão a busca e os resultados (ARKSEY; O’MALLEY, 2005 tradução nossa).

As autoras Arksey e O’Malley (2005) sugerem a estratégia que envolve uma busca de evidências de pesquisa através de diferentes fontes tanto em busca da literatura científica quanto da literatura cinza:

- *Bases de dados eletrônicas:* A estratégia de busca para bases de dados eletrônicas é desenvolvida a partir da pergunta de pesquisa e da definição dos descritores, aconselha-se que a busca seja realizada nos bancos de dados que tenham maior probabilidade de produzir o tipo de estudos que está procurando, com notória credibilidade acadêmica e/ou social;
- *Lista de referências paralelas:* São denominadas lista de referências paralelas às bibliografias de estudos encontrados através das pesquisas de

banco de dados, especialmente das revisões sistemáticas e tradicionais revisões de literatura. Este processo proporciona identificar outras referências que não tenham sido identificadas nas etapas anteriores.

- *Busca manual de revistas chave*: Identificar artigos que foram perdidos em pesquisas de banco de dados e lista de referência. Isso pode ocorrer porque bancos de dados eletrônicos podem estar incompletos, ou porque os serviços podem estar abstraindo e variando em cobertura, indexação e profundidade de informações.
- *Redes existentes, organizações e conferências relevantes*: Entrar em contato com organizações nacionais ou locais relevantes que trabalham no campo, com o objetivo de identificar os trabalhos inéditos.

Cortês (2006) explica que as referências bibliográficas tradicionalmente utilizadas e recomendadas para o desenvolvimento de trabalhos científicos são textos publicados em periódicos científicos, anais de congressos ou livros, exatamente por serem publicações que exigem critérios de aceitação ou seleção pelos editores que oferecem um aval quanto à qualidade dos conceitos emitidos ou metodologia utilizada. Essas fontes são habitualmente chamadas de literatura branca e/ou científica. O autor ressalta que, há, entretanto, um crescimento do uso de referências não convencionais, como relatórios de pesquisa, relatórios técnicos, teses, dissertações e documentos governamentais, os quais são denominados de literatura cinzenta ou literatura cinza, pois não sofrem o mesmo processo de análise preliminar da literatura científica.

Dessa forma, a literatura cinzenta poderia ser entendida como sendo o conjunto de documentos técnicos ou científicos, dos mais variados tipos, tais como relatórios, manuais, apostilas, resumos, sites diversos, dentre outros, disponíveis sob as mais variadas formas (sejam elas eletrônicas ou impressas) que não foram publicados em canais habituais de transmissão científica (CÔRTEZ, 2006).

Os autores de Botello e Oliveira (2015) realizaram uma pesquisa que revisou conceitualmente as expressões literatura científica e literatura cinza, além de descreverem algumas de suas características. Nos resultados da pesquisa, os autores encontraram que a literatura científica são documentos convencionais ou formais que apresentam facilidades para identificação, divulgação e obtenção, produzidas dentro dos circuitos comerciais (GOMES; MENDONÇA; SOUZA, 2007).

No mesmo estudo, Botelho e Oliveira (2015) a partir do estudo de Andrade e Vergueiro (1996), relataram que a literatura cinza são as publicações não comerciais, não convencionais, difíceis de serem encontradas em canais tradicionais de distribuição e que costumam demandar mais pesquisa para a sua localização e recuperação.

Ainda, Botelho e Oliveira (2015) a partir do estudo de Funaro e Noronha (2006) ressaltaram que os documentos se tornam brancos quando são tratados, trabalhados e facilmente recuperados pelos mecanismos de busca, não importando a sua tipologia.

3. **Selecionar os estudos:** A seleção do estudo envolve critérios de inclusão e exclusão. Esses critérios são baseados nos detalhes da questão de pesquisa e com a proximidade do assunto através da leitura dos estudos. É necessário um mecanismo para nos ajudar a eliminar estudos que não abordem a nossa questão de pesquisa central com base em uma questão de pesquisa específica e que seja elencado no início do projeto para garantir a consistência na tomada de decisões (ARKSEY; O'MALLEY, 2005 tradução nossa).

A validação da pertinência dos estudos selecionados requer a leitura e análise realizada por no mínimo dois revisores convidados a ler os artigos completos. Badger et al. (2000) apud Arksey e O'Malley (2005 tradução nossa), reforça que resumos não podem ser considerados uma parte representativa do artigo completo que se segue, ou ser utilizado para capturar o escopo completo de um artigo

4. **Mapear os dados:** Nessa etapa, é desenvolvido um formulário para extrair de forma sistemática os dados de cada estudo. As decisões de qual conteúdo conter no formulário devem ser elencadas anteriormente ao início do mapeamento. Os dados que foram mapeados serão inseridos em uma “forma de gráficos de dados” usando o programa de banco de dados Excel. De modo geral, esta será uma síntese de informações gerais sobre o estudo e informações específicas relacionadas com, por exemplo, a população de estudo, o tipo de intervenção, medidas de resultados empregados e o desenho do estudo etc. Após um método de "análise narrativa" ou “analítico descritivo” é usado para extrair informações contextuais ou orientadas a processos de cada estudo (ARKSEY; O'MALLEY, 2005 tradução nossa).
5. **Agrupar, resumir e relatar os resultados:** Nessa etapa os esforços se concentram em ter a informação pautada a partir dos estudos elencados, e apresentar a

narrativa dos resultados de duas maneiras: Primeiro, é apresentada uma análise numérica da extensão e natureza dos estudos utilizando tabelas, quadros e gráficos. Esta parte da análise possibilita identificação sobre as áreas dominantes de pesquisa em termos de tipo de intervenção, métodos de pesquisa e localização geográfica, podendo rapidamente obter um dado das principais áreas de interesse e, conseqüentemente, onde há as lacunas significativas. Segundo uma análise temática é apresentada, com clareza e consistência ao informar os resultados. Uma estrutura analítica ou construção temática é usada para fornecer uma visão geral da amplitude da literatura (ARKSEY; O'MALLEY, 2005 tradução nossa).

6. **Consulta:** Essa é uma etapa opcional do estudo, com o propósito de consultar as partes interessadas que podem oferecer fontes adicionais de informação, perspectivas, significado e aplicabilidade ao estudo de alcance. Um elemento adicional, paralelo também é descrito em relação ao uso de uma “consulta” para informar e validar os resultados da principal revisão de escopo. Embora a consulta possa ser vista como um componente opcional do quadro estudo exploratório, ela fornece elementos para a ampliação crítica do estudo (ARKSEY; O'MALLEY, 2005 tradução nossa).

Neste estudo, optamos por não inserir essa etapa, haja a quantia suficiente de estudos encontrados.

2.2 POTENCIALIDADES E LIMITES DA METODOLOGIA

Um dos pontos fortes da revisão de escopo é que ela pode fornecer um método rigoroso e transparente para mapeamento de áreas e temas específicos de pesquisa. Os revisores elucidam o campo de interesse em termos de volume, de natureza e as características da pesquisa primária. Essa análise, por sua vez faz com que seja possível identificar as lacunas na base de evidências, bem como resumir e divulgar os resultados da investigação. Ao apresentar os resultados em um formato acessível e resumido, os profissionais se sentem mais convictos para fazer uso efetivo dos resultados (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

Em estudos dessa natureza, os pesquisadores podem incorporar uma série de desenhos de estudo, tanto da literatura científica quanto na cinza, além daqueles relacionados com a

eficácia intervenção, e gerar resultados que podem complementar os resultados dos ensaios clínicos e ampliar o escopo de outras pesquisas (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010).

Entre as limitações da revisão de escopo se inclui o fato de que ela não se propõe a avaliar a qualidade da evidência nos relatórios de pesquisa primária em qualquer sentido formal. A revisão de escopo não aborda a questão da “síntese”, que é o peso relativo de provas em favor da eficácia de qualquer intervenção particular ou de um julgamento valorativo dos estudos analisados. Conseqüentemente, fornecem uma narrativa ou relato descritivo de pesquisas disponíveis.

O estudo de Levac, Colquhoun e O'Brien (2010), “Escopo estudos: o avanço da metodologia”, traz algumas considerações pertinentes acerca do estudo de Arksey e O' Malley (2005) que publicou o primeiro quadro metodológico para a realização de revisões de escopo.

As autoras relatam que embora este quadro tenha fornecido um excelente fundamento metodológico para pesquisadores que optaram por essa forma de abordagem metodológica, os estudos publicados continuam a ter descrição ou detalhes insuficientes sobre o processo de análise de dados, o que torna difícil para os leitores compreender como os achados do estudo foram determinados. Então a partir do estudo inicial de Arksey e O' Malley (2005), as autoras Levac, Colquhoun e O'Brien (2010) buscaram aprimorar sua estrutura para qualificar o uso e as possibilidades de análise dessa metodologia.

A tabela 1 a seguir, com tradução nossa, relata as 5 etapas do quadro metodológico apresentado por Arksey e O' Malley (2005), acrescidos dos desafios e recomendações sugeridos pelas autoras Levac, Colquhoun e O'Brien (2010):

Tabela 1- Descrição das Etapas do quadro metodológico versus os desafios e recomendações

Estágio do quadro	Desafios	Recomendações
--------------------------	-----------------	----------------------

<p>1. Identificando a questão da pesquisa</p>	<p>1. As questões de estudo de escopo são amplas.</p> <p>2. Estabelecer o objetivo do estudo de alcance não está associado a uma fase de estrutura.</p> <p>3. Os quatro objetivos dos estudos de escopo não têm clareza.</p>	<p>1. Defina claramente a questão da pesquisa que orientará o escopo do inquérito. Considere o conceito, população-alvo e resultados de saúde de interesse para esclarecer o foco do estudo de escopo e estabelecer uma estratégia de pesquisa eficaz.</p> <p>2. Considerar mutuamente o propósito do estudo de escopo com a questão de pesquisa. Veja o resultado pretendido (por exemplo, quadro, lista de recomendações) para ajudar a determinar o propósito do estudo.</p> <p>3. Considere a lógica para realizar o estudo de escopo para ajudar a esclarecer o propósito.</p>
<p>2. Identificando estudos relevantes</p>	<p>1. O equilíbrio entre amplitude e abrangência do estudo de escopo com viabilidade de recursos pode ser um desafio.</p>	<p>1a. A questão e o propósito da pesquisa devem orientar a tomada de decisões em torno do escopo do estudo.</p> <p>1b. Reunir uma equipe adequada com conteúdo e conhecimentos metodológicos que garantam a conclusão bem-sucedida do estudo.</p> <p>1c. Quando o alcance de limitação é inevitável, justificar decisões e reconhecer as limitações potenciais para o estudo.</p>
<p>3. Seleção de estudo</p>	<p>1. A linearidade desta etapa é enganosa.</p> <p>2. O processo de tomada de decisão para seleção de estudos não está claro.</p>	<p>1 Esta etapa deve ser considerada um processo iterativo envolvendo a pesquisa na literatura, refinando a estratégia de busca e revisando artigos para inclusão no estudo.</p> <p>2a. No início do processo, a equipe deve se reunir para discutir as decisões em torno da inclusão e exclusão do estudo. Pelo menos dois revisores devem revisar os resumos de maneira independente para inclusão.</p> <p>2b. Os revisores devem se reunir no início, no meio e final do processo de revisão abstrata para discutir os desafios e incertezas relacionados à seleção do estudo e para voltar e refinar a estratégia de pesquisa, se necessário.</p> <p>2c. Dois pesquisadores devem revisar de forma independente artigos completos para inclusão.</p> <p>2d. Quando ocorrem</p>

		desentendimentos na inclusão do estudo, um terceiro revisor pode determinar a inclusão final.
4. Mapeando os dados	<p>1. A natureza e a extensão dos dados a serem extraídos dos estudos incluídos não são claras.</p> <p>2. O "método analítico descritivo" de traçar dados é mal definido.</p>	<p>1a. A equipe de pesquisa deve desenvolver coletivamente o formulário de classificação de dados e determinar quais variáveis a serem extraídas para responder a questão de pesquisa.</p> <p>1b. O gráfico deve ser considerado um processo iterativo em que os pesquisadores continuamente extraem dados e atualizam o formulário de criação de dados.</p> <p>1c. Dois autores devem extrair de forma independente os dados dos primeiros cinco a dez estudos incluídos usando o formulário de classificação de dados e se encontrar para determinar se sua abordagem à extração de dados é consistente com a questão e propósito da pesquisa.</p> <p>2. Os dados orientados para o processo podem exigir planejamento extra para análise. Uma abordagem qualitativa de análise de conteúdo é sugerida.</p>
5. Agrupando, resumindo e relatando os resultados.	1. Pequenos detalhes fornecidos e múltiplas etapas são resumidas como uma etapa de estrutura.	<p>Os pesquisadores devem dividir esse estágio em três etapas distintas:</p> <p>1a. Análise (incluindo análise de resumo numérico descritivo e análise temática qualitativa);</p> <p>1b. Informar os resultados e produzir o resultado que se refere à finalidade geral ou pergunta de pesquisa;</p> <p>1c. Considere o significado das descobertas na medida em que se relacionam com o objetivo geral do estudo; discutir implicações para futuras pesquisas, práticas e políticas.</p>

<p>6. Consulta</p>	<p>1. Este estágio é opcional. 2. Falta de clareza sobre quando, como e por que consultar as partes interessadas e como integrar a informação com os achados do estudo.</p>	<p>1. A consulta deve ser um componente essencial da metodologia de estudo de escopo. 2a. Definir claramente um propósito para a consulta. 2b. Os resultados preliminares podem ser utilizados como base para informar a consulta. 2c. Divulgue claramente o tipo de partes interessadas a consultar e como os dados serão coletados, analisados, relatados e integrados no resultado geral do estudo. 2d. Incorporar oportunidades de transferência e troca de conhecimento com as partes interessadas no campo.</p>
---------------------------	---	---

Fonte 1 - Adaptado de Levac, Colquhoun e O'Brien (2010)

As autoras ainda falam sobre as discrepâncias na nomenclatura entre “avaliações de escopo”, “estudos de escopo”, “análises de literatura de alcance” e “exercícios de escopo”, discrepâncias que podem levar os leitores à confusão.

A falta de uma definição universal para estudos de escopo também é problemática para os pesquisadores que procuram justificar claramente suas razões para realizar um estudo desse tipo. Finalmente, defendemos a rotulagem da metodologia como a definem Arksey e O'Malley “estudo de escopo.”

Por fim, Levac, Colquhoun e O'Brien (2010) compreendem que o seu artigo responde ao pedido de feedback das autoras Arksey e O'Malley para o quadro metodológico proposto. No entanto, reforçam que as recomendações que propõem são derivadas das experiências subjetivas realizando estudos de escopo de tamanhos variados no campo de reabilitação e reconhecem que eles podem não representar as opiniões de todos os autores de estudos de alcance.

Nesta pesquisa foram utilizadas parcialmente as sugestões de Levac, Colquhoun e O'Brien (2010) referente à metodologia de Revisão de Escopo a partir do referencial teórico metodológico de Arksey e O'Malley (2005).

2.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este tópico está subdividido nas seguintes etapas de aplicação da metodologia: *etapa 1* identificar a questão da pesquisa, *etapa 2* identificar os estudos relevantes, *etapa 3* selecionar os estudos, *etapa 4* mapear os dados e *etapa 5* agrupar, resumir e relatar os dados.

2.3.1 ETAPA 1 - Identificar a questão de pesquisa

A pergunta norteadora dessa pesquisa foi:

O que se tem produzido acerca do Projeto Terapêutico Singular no Brasil?

2.3.2 ETAPA 2 - Identificar os estudos relevantes

Em novembro de 2017, foi realizada uma busca piloto no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, a fim de testar os descritores e a aplicabilidade dos critérios de relevância. Paralelamente, foi realizado um curso na Biblioteca Comunitária (BCO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para capacitação do acesso as bases de dados a fim de aprimorar o manuseio dessas ferramentas.

Como estratégias de busca foram elencados os descritores (projeto terapêutico individual) *OR* (projeto terapêutico singular). Ambos os termos são designados para referir ao PTS, no entanto em tempos históricos diferentes, como especificados no capítulo 1. Os descritores foram utilizados nessa ordem utilizando o *OR* para todas as bases pesquisadas. De janeiro a abril de 2018, foi realizada a identificação dos estudos relevantes no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde.

O Portal Regional da BVS com acesso pelo <http://bvsalud.org/> é o espaço de integração de fontes de informação em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe (AL&C). É desenvolvido e operado pela BIREME em três idiomas (inglês português e espanhol). Reúne 14 bases de dados bibliográficas em ciências da saúde, com acesso livre e gratuito. As bases de dados bibliográficas têm como conteúdo referências de artigos e documentos científicos, com ou sem resumo. Tendo como principais bases indexadas: LILACS e Scielo; MEDLINE; COCHRANE; localizador de informação em saúde (LIS) e possui também bases referenciais como o Catálogo de Revistas Científicas e o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Portanto, na etapa de seleção dos estudos foram encontradas as ramificações do portal BVS: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), FioCruz, BVS Saúde Pública, BVS APS, BVS Brasil, BVS Ministério da Saúde, BVS Enfermagem, BVS Psicologia Brasil, BVS Secretária Municipal de Saúde e BVS Odontologia. Assim, também foram realizadas as buscas nessas bases de dados que pudessem abranger o objeto da pesquisa. Foram acrescentadas as bases: BVS Determinantes Sociais de Saúde, BVS Doenças Infeciosas, BVS Educação Profissional em Saúde, BVS Homeopatia, BVS Integralidade em Saúde, BVS Prevenção e Controle de Câncer, BVS Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, BVS Instituto Evandro Chagas, BVS Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), BVS Adolescência, BVS Aleitamento Materno, BVS Carlos Chagas, BVS Economia da Saúde, BVS Educação em Ciências da Saúde Envelhecimento, Hanseníase, Violência e Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) e BVS UNIFESP Trajetória Científica. A BVS Carga de Doenças não possibilitou a busca de estudos, apresentando um erro constante no acesso a mesma.

Das 34 BVS foi excluída da busca a BVS – Medicina Veterinária e BVS – Biodiversidade por não abrangerem a saúde humana.

Essas bases foram acrescentadas por identificação de limites ou problemas de indexação na base de dados do Portal Regional BVS que, em tese, deveria abranger todas essas bases. No entanto, estudos direcionados a essas bases, em específico, forneceram dados não identificados anteriormente pela mesma busca com os mesmos descritores realizada no Portal Regional BVS, por isso se optou por fazer a busca em todas as ramificações da BVS a fim de localizar estudos inéditos.

2.3.3 ETAPA 3 - Selecionar os estudos

Foram selecionados documentos não convencionais, monografias, dissertações, teses, manuais, cartilhas e artigos, abrangendo literatura científica e literatura cinza. Foram excluídas revisões da literatura, pois na revisão de escopo não são incorporados para análise os artigos de revisão. Foram excluídos vídeos, por não conseguirem responder aos objetivos de uma revisão da literatura.

Nessa pesquisa, as monografias, dissertações e teses entraram na análise da literatura científica por entendermos que há o processo de revisão e análise desse tipo de publicação.

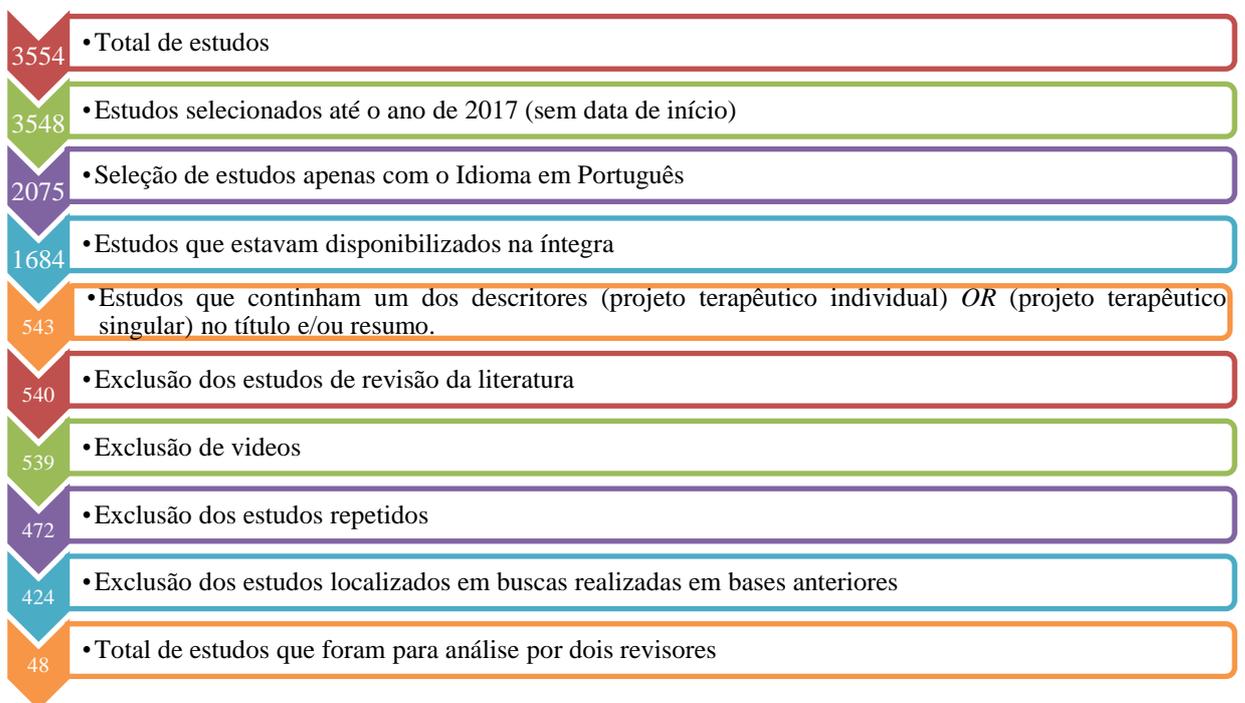
As buscas foram realizadas nas ordens que as bases foram respectivamente apresentadas acima.

Foram adotados os critérios de relevância na respectiva sequência dos estudos:

- Serem publicados até o ano de 2017, sem data de início definida;
- O idioma ser português;
- Os estudos estarem disponíveis na íntegra;
- Conter um dos descritores (projeto terapêutico individual) *OR* (projeto terapêutico singular) no título e/ou resumo.

Em resumo, como se mostra o fluxograma 1, estão descritos a soma do total dos estudos encontrados nas 31 bases de dados pesquisadas e após a aplicação dos critérios de relevância, foram excluídos os estudos repetidos:

Fluxograma 1 - Total dos estudos encontrados nas bases de dados pesquisadas



Fonte 2 - O Autor (2018)

Após essa primeira varredura, todos os estudos selecionados foram analisados por dois revisores a fim de ir para a análise final apenas os estudos que abrangessem a produção de conhecimento sobre o projeto terapêutico singular e não apenas o citassem ao longo do corpo do estudo.

Foram selecionados 40 estudos da literatura científica e quatro estudos da literatura cinza para a próxima etapa.

2.3.4 ETAPA 4 – Mapear os dados

Nessa etapa da pesquisa envolveu o mapeamento de elementos-chave de informações obtidas nos estudos escolhidos denominada “extração de dados”. Os estudos selecionados foram lidos na íntegra e os dados mapeados foram inseridos em um “formulário de mapeamento de dados” construídos a partir de uma planilha do Excel separados em literatura científica e literatura cinza (anexo 1). Esse formulário foi desenvolvido para permitir a transcrição dos dados extraídos das fontes analisadas na íntegra.

Alguns campos do formulário foram adicionados para inserir informações gerais sobre o estudo enquanto outros foram adicionados para inserir informações mais específicas referentes ao objeto de estudo – Projeto Terapêutico Singular.

Foram registrados os seguintes dados:

- Autores (es): incluídos os nomes completos de todos os autores, iniciando pelo último sobrenome;
- Ano de publicação;
- Título do estudo; Título do periódico;
- Instituição vínculo do(s) autor(es): Foram registradas todas as instituições onde os autores estavam vinculados. Nos casos em que havia mais de uma instituição, todas elas foram consideradas; e localização geográfica;
- Tipo de publicação: se o estudo é artigo, dissertação, monografia, tese (...)
- Descritores: Foram consideradas as palavras indicadas pelos autores na publicação;
- Objetivos de pesquisa;
- População alvo: População que foi estudada pelos autores;
- Local do estudo: Em quais serviços de saúde o estudo foi realizado;
- Resultados obtidos: Foram explicitados os principais resultados expostos durante a discussão e conclusão dos artigos;
- Definição e fundamentação teórica do projeto terapêutico singular;
- Ação (s) do PTS: Quais as ações desenvolvidas pelos profissionais ao fazer uso do PTS;
- Construção do PTS: Como se desenvolvem e/ou quais são as etapas de construção do PTS;
- Potencialidades e Limitações do PTS;
- Relação do PTS com a Terapia Ocupacional.

3. RESULTADOS

Nesse capítulo se buscou *agrupar, resumir e relatar os resultados da revisão de escopo*. Primeiramente vamos apresentar *os resultados da literatura científica*, após a apresentação dos *resultados da literatura cinza* e por fim, apresentaremos *os resultados acerca do contexto de produção de conhecimento em TO frente ao PTS*.

3.1 ETAPA 5- AGRUPAR, RESUMIR E RELATAR OS RESULTADOS

3.1.1 Literatura científica

A apresentação dos resultados foi dividida em duas partes. A primeira constará os dados quantitativos a respeito de informações gerais dos artigos envolvidos na análise que serão apresentados por tabelas e gráficos e a segunda parte será composta pela parte qualitativa que emergiu da análise mais profunda das publicações.

Na tabela 2 a seguir estão distribuídos os 40 estudos conforme a base de dados, autor/ano, título do estudo, periódico, instituição de vinculação e localização, tipo de documento e descritores:

Tabela 2 - Distribuição dos estudos analisados quanto a base de dados, autor/ano, título do estudo, periódico, instituição de vinculação e localização, tipo de documento e descritores

Base de Dados	Autor (es)/ Ano de publicação	Título do estudo	Título do periódico	Instituição de vinculação/ Localização	Tipo de Documento	Descritores
BVS APS	MATSUMOTO, Larissa et al. 2007	Intervenção na adesão ao tratamento de doenças crônicas tendo como modelo um paciente adolescente HIV positivo	Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade	Universidade Estadual de Campinas – Unicamp Campinas – SP	Artigo	Aderência; Terapêutica; Doença crônica; HIV; SIDA; AIDS
BVS Fio Cruz	BARRENSE, Diego Dias. 2010	Construindo um projeto terapêutico singular: uma experiência de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família em Juazeiro-BA	Não tem declarado	Universidade Federal do Vale do São Francisco Petrolina – PE	Monografia (Graduação)	Saúde Mental; Atenção Básica; Cartografia; narrativa
Portal Regional BVS	SCHONHO-FEN, Anielle et al. 2010	Projeto Terapêutico Singular no processo ensino-aprendizagem de alunos em estágio supervisionado: relato de uma experiência efetiva	Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/FO-UFRGS Porto Alegre - RS	Artigo	Educação em odontologia; Estágio clínico; Odontologia comunitária
Portal Regional BVS	MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia.	Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Universidade de São Paulo -USP São Paulo, SP	Artigo	Saúde mental; Serviços de Saúde Mental; Desinstitucionalização Equipe de assistência ao paciente;

	2011					Cartografia; Enfermagem psiquiátrica
Portal Regional BVS	PINTO, Diego Muniz et al. 2011	Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva	Revista Texto & Contexto Enfermagem	Universidade Estadual do Ceará –UECE Fortaleza -CE	Artigo	Saúde Mental; Assistência integral à saúde; Serviços de saúde mental
Portal Regional BVS	BREDERODES, Fernanda Braz Macedo. 2011	Projeto de intervenção para qualificação da gestão do cuidado aos usuários de saúde mental e seus familiares na USF Prateado município de Pedra – PE	Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Fundação Oswaldo Cruz Recife- PE	Monografia (Especialização)	Projeto terapêutico singular; usuário; família; equipe saúde da família; interdisciplinar
BVS Educação em Saúde	PARAGUAY, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra. 2011	A clínica e o ensino na atenção primária	Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp	Universidade Estadual de Campinas – Unicamp Campinas -SP	Dissertação (Mestrado)	Metodologia de ensino; Clínica; Atenção à saúde primária; Paradigma
Portal Regional BVS	CARVALHO, Laura Graças Padilha et al. 2012	A construção de um projeto terapêutico singular com usuário e família: potencialidades e limitações	Revista Mundo Saúde	Universidade Federal de Mato Grosso Cuiabá-MT	Artigo	Enfermagem; Saúde mental; Assistência em Saúde Mental; Cuidados de Enfermagem
Portal Regional BVS	COMBINA-TO, Denise Stefanoni; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. 2012	(Em defesa dos) Cuidados paliativos na atenção primária à saúde	Revista Mundo Saúde	Universidade Estadual Paulista - UNESP BAURU- SP	Artigo	Atenção primária à saúde; Cuidados Paliativos; Psicologia; Saúde da família; Saúde pública

Portal Regional BVS	NOVAES, Maria Rita C. Garbi. 2012	Conflito intergeracional na família: relato de um projeto terapêutico singular	Revista Comunicação em ciências da saúde	Faculdade de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS/FEPECS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Brasília-DF	Artigo	Projeto terapêutico singular; Genograma; Ecomapa; Escala de risco; Conflito intergeracional
Portal Regional BVS	LOPES, Verônica Cavalcanti et al. 2012	Plano de intervenção para a implantação do dispositivo Projeto Terapêutico Singular como instrumento para a efetivação da Clínica Ampliada na Unidade de Saúde da Família-Jader de Andrade, no Distrito Sanitário VI da cidade do Recife	Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Fundação Oswaldo Cruz Recife- PE	Monografia (Especialização)	Clínica ampliada; Projeto terapêutico singular; Saúde da família
BVS Fio Cruz	FIGUEIRE-DO, Mariana Dorsa. 2012	A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde Apoio Paidéia e formação	Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp	Universidade Estadual de Campinas – Unicamp Campinas - SP	Tese (Doutorado)	Formação em saúde; subjetividade; Clínica ampliada; Método Paidéia
Portal Regional BVS	BECKER, Ana Laura Martins et al. 2014	A articulação da rede de proteção à criança e a aplicação intersetorial do círculo de segurança como alternativas à medicalização	Revista Paulista de Pediatria	Universidade Estadual de Campinas – Unicamp Campinas - SP	Artigo	Medicalização; Criança; Atenção primária à saúde; Psicoterapia

Portal Regional BVS	LIMA, Rossano Cabral et al. 2014	Indicadores sobre os adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro	Revista de Saúde Coletiva	Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro - RJ	Artigo	Pesquisa avaliativa, autismo; Centros de atenção psicossocial infanto-juvenil; Saúde mental infanto-juvenil
Portal Regional BVS	HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. 2014	O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil	Revista Ciência & Saúde Coletiva	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo São Paulo –SP	Artigo	Atenção primária à saúde; Saúde mental; Pesquisa avaliativa; Avaliação de serviços de saúde
Portal Regional BVS	LIMA, Sayonara Arruda Vieira; ALBUQUER-QUE, Paulette CAVALCANTI; Wenceslau, Leandro David. 2014	Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco	Revista Trabalho, Educação e Saúde	Fundação Oswaldo Cruz Recife – PE Universidade de Pernambuco Recife – PE Universidade Federal de Viçosa Viçosa - MG	Artigo	Educação permanente em saúde; Gestão; Atenção primária à saúde
Portal Regional BVS	DORIGATTI, Alcir Escocia et al. 2014	Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina	Revista Brasileira de Educação Médica	Universidade Estadual de Campinas – Unicamp Campinas - SP	Artigo	Medicalização; Saúde Mental; Psicotrópicos; Educação médica
Portal Regional BVS	RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. 2014	Histórias de vida de moradores de Residências Terapêuticas egressos de internamento de longa permanência em	Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Fundação Oswaldo Cruz Recife - PE	Dissertação (Mestrado)	Saúde Mental; Desinstitucionalização Residências terapêuticas; História de vida

hospital psiquiátrico

Portal Regional BVS	MOREIRA, Keila Barros. 2014	Contribuições para o aprimoramento dos processos de trabalho e cuidado no CAPS II: Fenomenologia existencial e Política Nacional de Humanização	Revista de Psicologia da UNESP	Centro Universitário Luterano de Palmas Palmas - TO	Monografia (Graduação)	Fenomenologia existencial; Saúde Mental; Sistema único de saúde; política nacional de humanização; Fluxograma analisador
Portal Regional BVS	FERREIRA, Anderson Borges. 2014	Entendendo o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular em CAPS	Biblioteca do Grupo Hospitalar Conceição-GHC	Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre -RS	Monografia (Especialização)	Não tem declarado.
BVS Fio Cruz	GRIGOLO, Tania Maris; PAPPANI, Camila. 2014	Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina	Cadernos Brasileiros de Saúde Mental	Complexo de Ensino Superior de Santa Catarina- CESUSC; Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; Universidade Regional de Blumenau- FURB, CAPS II de Jaraguá do Sul; Faculdade Metropolitana de Blumenau - FAMEBLU Santa Catarina -SC	Artigo	Saúde Mental; Clínica ampliada; Projeto terapêutico singular; Técnico de referência

Portal Regional BVS	KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaquelina Maria.	O Mito das Oficinas Terapêuticas	Revista Polis e Psique	Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP	Artigo	2015	São Paulo - SP	Oficinas em saúde mental; Atividades terapêuticas; Projetos terapêuticos singulares; Desinstitucionalização Territórios existenciais
Portal Regional BVS	HAHN, Giselda Veronice.	Incluindo o projeto terapêutico singular na agenda da atenção básica em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose	Repositório Digital LUME	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Tese (Doutorado)	2015	Porto Alegre- RS	Saúde Coletiva; Tuberculose; Enfermagem; Assistência à saúde; Projeto terapêutico singular
BVS Fio Cruz	GRIGOLO, Tania Maris et. al.	O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial	Cadernos Brasileiros de Saúde Mental	Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC	Artigo	2015	Santa Catarina -SC	Projeto terapêutico singular; Saúde Mental; Clínica da Atenção Psicossocial
BVS Fio Cruz	JUCÁ, Adriana Lobo.	Ferramentas tecnológicas do núcleo de apoio à saúde da família: a perspectiva da equipe de Saúde da Família	Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Fundação Oswaldo Cruz	Dissertação (Mestrado Acadêmico)	2015	Recife - PE	Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Administração de serviços de saúde
BVS Psicologia Brasil	DA SILVA, Adriana Ferreira et. al.	Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional	Revista Gaúcha de Enfermagem	Unidade de Ambiente Protegido TMO do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	Artigo	2015		Cuidados paliativos; Oncologia; Pediatria; Equipe de assistência ao paciente

Porto Alegre – RS

BVS Psicologia Brasil	JORGE, Maria Saete Bessa et. al. 2015		Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental	Revista Texto Contexto Enfermagem		Universidade Estadual do Ceará – UECE Fortaleza – CE	Artigo	Saúde mental; atenção primária à saúde; Serviços de saúde mental
BVS Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS)	PINHEIRO, Modesto. 2015	Deyse	“VOCÊ CURA MENINO QUE COME PANO?”: Análise de um caso traçador na construção de um Projeto Terapêutico Singular na Estratégia de Saúde da Família	Não tem declarado.		Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul - ESP/SES/RS Porto Alegre – RS	Monografia (Especialização)	Saúde coletiva; Estratégia de saúde da família; Projeto terapêutico singular; Caso traçador; Terapia Ocupacional
Portal Regional BVS	DA SILVA, Islaine et al. 2016	Ariná	Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família	Revista Cogitare Enfermagem		Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis- SC Universidade Federal do Paraná Curitiba - PR	Artigo	Cuidado da criança; Paralisia cerebral; Humanização da Assistência; Atenção primária à saúde
Portal Regional BVS	SANTOS, Helen dos. 2016	Keite	O trabalho de profissionais na residência multiprofissional em saúde	Revista de Atenção Primária Saúde		Universidade Estadual de Campinas – Unicamp Campinas – SP	Artigo	Cuidado da criança; Paralisia cerebral; Humanização da Assistência; Atenção primária à saúde

Portal Regional BVS	CORREIA, Marcius Vinicius Gonçalves. 2016	Diálogo intersectorial educação-saúde no atendimento público municipal à demanda de queixa escolar: um estudo de caso no município de São Paulo	Biblioteca Digital da USP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP São Paulo – SP	Tese (Doutorado)	Saúde pública; Educação básica; Medicalização; Queixa escolar; políticas intersectoriais
Portal Regional BVS	BELOTTI, Meyrielle; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. 2016	A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde	Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar	Universidade Federal do Espírito Santo – UFES Vitória – ES	Artigo	Saúde mental; Saúde da família; Atenção à saúde
Portal Regional BVS	FERIGATO, Sabrina; SILVA, Michelle Chanchetti. 2016	Saúde mental e terapia ocupacional: a construção de um projeto terapêutico singular	Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar	Universidade Federal de São Carlos São Carlos – SP Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; Centro de Atenção Psicossocial Novo Tempo Campinas – SP	Artigo	Terapia Ocupacional; Atenção à Saúde; Saúde mental
Portal Regional BVS	KINKER, Fernando Sfair. 2016	Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares	Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar	Departamento Saúde; Clínica e Instituições; Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP Santos – SP	Artigo	Atenção à saúde; Serviços de saúde mental; Reforma psiquiátrica

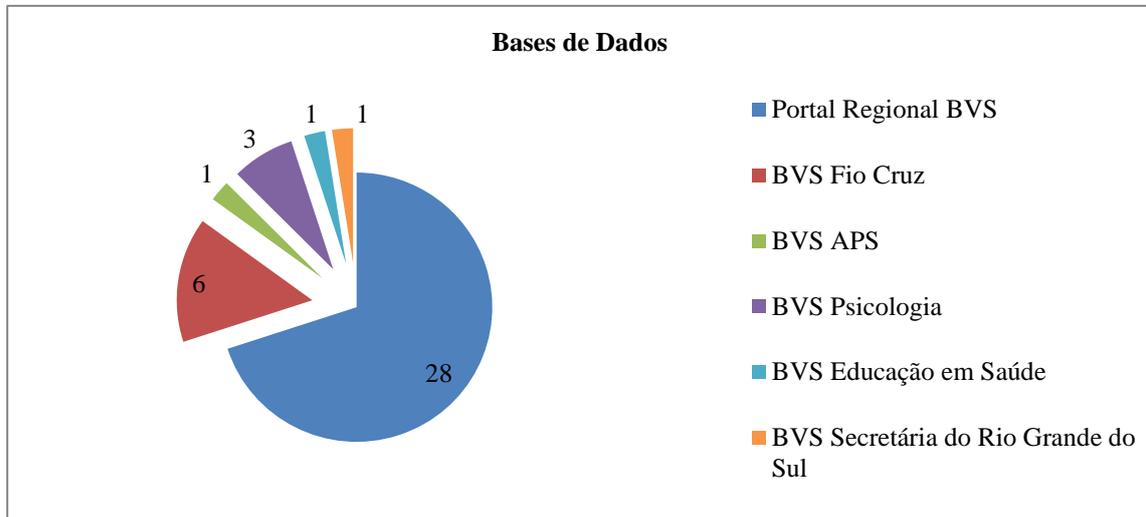
Portal BVS	NOGUEIRA, Iara Sescon et. al. 2016	Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos	Revista Gaúcha de Enfermagem	Universidade Estadual de Maringá - UEM Maringá – PR	Artigo	Saúde do idoso; Enfermagem; Serviços de saúde; Assistência integral à saúde
Portal BVS	CORDOVIL, Alzilene Pereira. 2016	Terapia Ocupacional nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios de Belém e Ananindeua: o uso das ferramentas de apoio à atenção no processo de trabalho das equipes NASF	Biblioteca Doutor Orlando Costa	Universidade do Estado do Pará- UEPA Belém – PA	Monografia (Especialização)	Terapia Ocupacional; Atenção primária; Saúde da família; NASF; Processo de trabalho; Apoio Matricial; Clínica Ampliada
Portal Regional BVS	RASCH, Scheila Silva et al. 2016	Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III	Revista Psicologia em Pesquisa	Universidade Federal do Espírito Santo Vitória – ES	Artigo	Mulheres; Saúde Mental; Drogas; Tratamento; Centro de atenção psicossocial
BVS Fio Cruz	CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira. 2016	Projetos terapêuticos: uma construção coletiva para a prática do enfermeiro na estratégia saúde da família	Rede Sirius - Bibliotecas da UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro – RJ	Tese (Doutorado)	Enfermagem; Prática de Enfermagem; Enfermagem em saúde pública; Prática de saúde pública
Portal Regional BVS	RODES, Carolina Hart et al. 2017	O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde	Revista Fisioterapia e Pesquisa	Universidade de São Paulo – USP São Paulo – SP	Artigo	Acesso aos serviços de saúde; Reabilitação; Atenção primária à saúde; Recursos humanos

BVS Psicologia Brasil	ANSCHAU Fernando et al. 2017	Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte	de de na do em	Scientia Medica	Hospital Senhora Conceição; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre – RS	Nossa da Artigo	Gestão da clínica; Governança clínica; Administração de serviços de saúde; Equipe interdisciplinar de saúde; Relações interprofissionais; Gestão da qualidade em saúde; Sistema Kanban
----------------------------------	--	---	----------------------------	-----------------	---	---------------------------	---

Fonte 3 – O Autor (2018)

Dos 40 estudos selecionados estão descritos no gráfico 1 as bases de dados onde foram localizados:

Gráfico 1 - - Distribuição dos estudos nas Base de Dados onde foram localizados



Fonte 4 – O Autor (2018)

Dos 40 estudos selecionados, 28 estudos foram localizados no Portal Regional BVS.

Com relação ao ano de publicação, não foi delimitado nenhum período de origem para busca das publicações, com teto temporal definido até o ano de 2017.

Dos estudos incluídos nesta pesquisa estão descritos no gráfico 2 os anos de publicação:

Gráfico 2 - Distribuição dos estudos analisados pelos anos de publicação

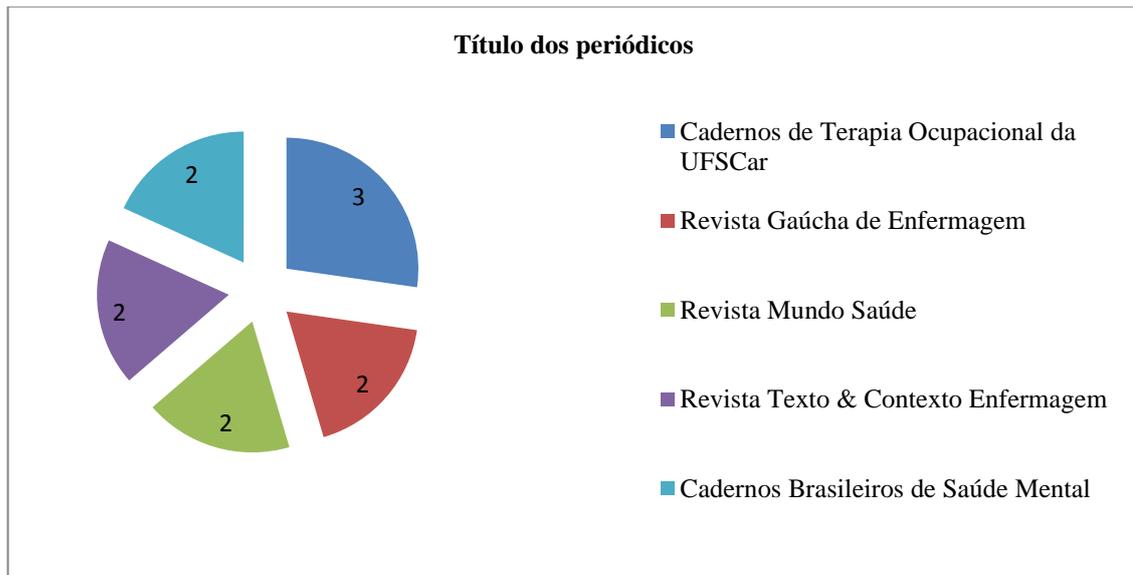


Fonte 5 – O Autor (2018)

Apesar da ampla busca nas bases de dados não foram encontrados estudos anteriores ao ano de 2007. Dos 40 estudos analisados, 10 estudos datam o ano de 2016.

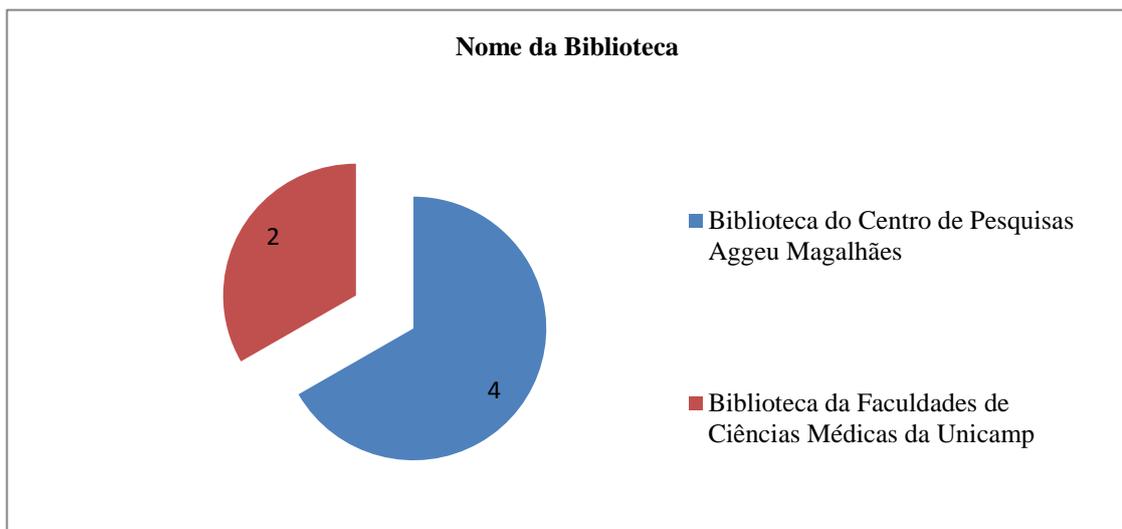
Dos locais onde os estudos foram publicados acima de uma vez, no gráfico 3 estão descritos os periódicos e no gráfico 4 as bibliotecas:

Gráfico 3 - Distribuição dos periódicos onde os estudos foram publicados acima de uma vez



Fonte 7 – O Autor (2018)

Gráfico 4 - Distribuição dos estudos nas bibliotecas onde foram publicados acima de uma vez



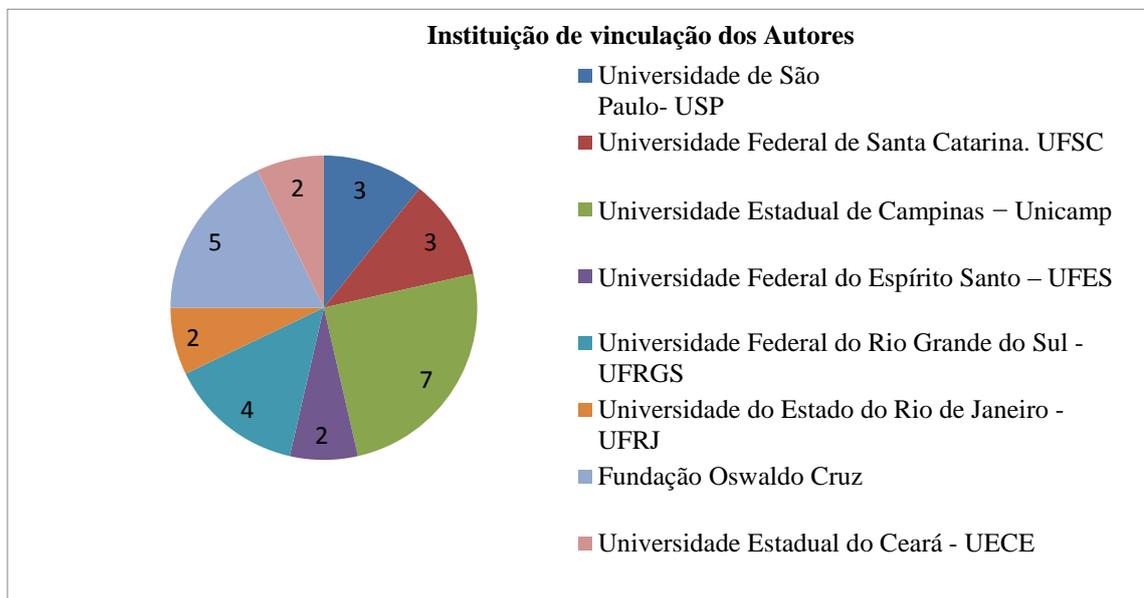
Fonte 6 – O Autor (2018)

Das revistas citadas acima de uma vez, a revista com maior número de publicações (3) foi o Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar da Universidade Federal de São Carlos – SP, atualmente denominado Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.

Das bibliotecas citadas acima de uma vez, a biblioteca com maior número de publicações (4) foi a Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife – PE.

Das instituições citadas referentes aos vínculos dos autores, estão descritos no gráfico 5 as instituições citadas mais de uma vez:

Gráfico 5 – Distribuição das Instituições de vinculação dos Autores

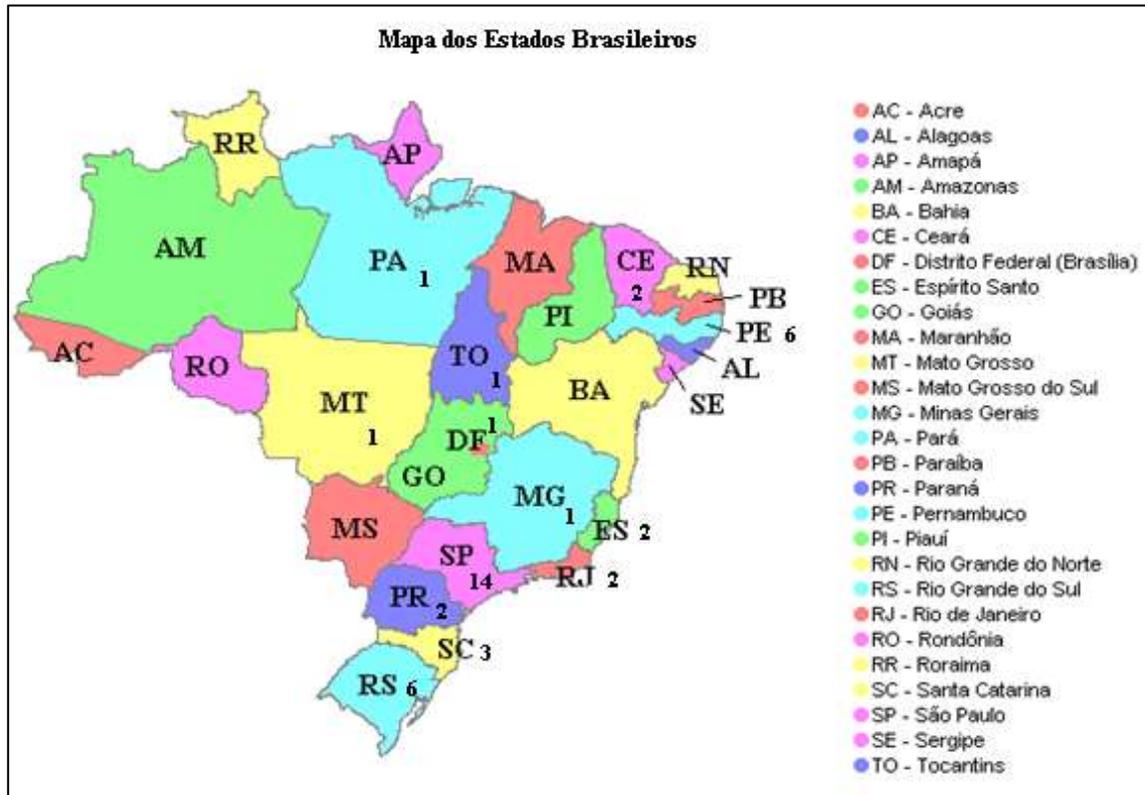


Fonte 8 – O Autor (2018)

Das instituições citadas, sete autores tinham vínculo com a UNICAMP – Campinas, SP.

Dos 40 estudos analisados referentes a localização das regiões geográficas de origem dos autores estão descritos no gráfico 6 a seguir:

Gráfico 6 - Distribuição dos estudos segundo localização geopolítica

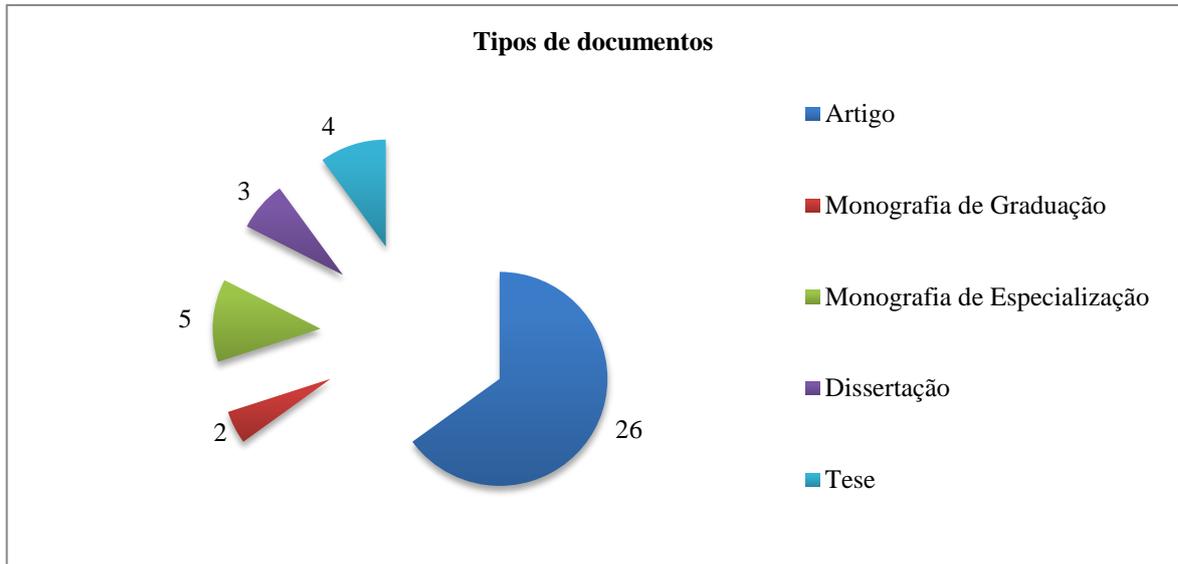


Fonte 9 – O Autor (2018)

Em suma, a região Sudeste do Brasil – São Paulo (14 estudos), Rio de Janeiro (2 estudos), Espírito Santo (2 estudos) e Minas Gerais (1 estudo) foi a região que mais se evidenciou frente ao número de publicações. Porém a região Sul também obteve um número relevante de publicações – Rio Grande do Sul (6 estudos), Paraná (2 estudos) e Santa Catarina (3 estudos).

Os estudos analisados se dividiram em cinco tipos de documentos que foram distribuídos conforme demonstra o gráfico 7 a seguir:

Gráfico 7 - Distribuição dos tipos de documentos analisados

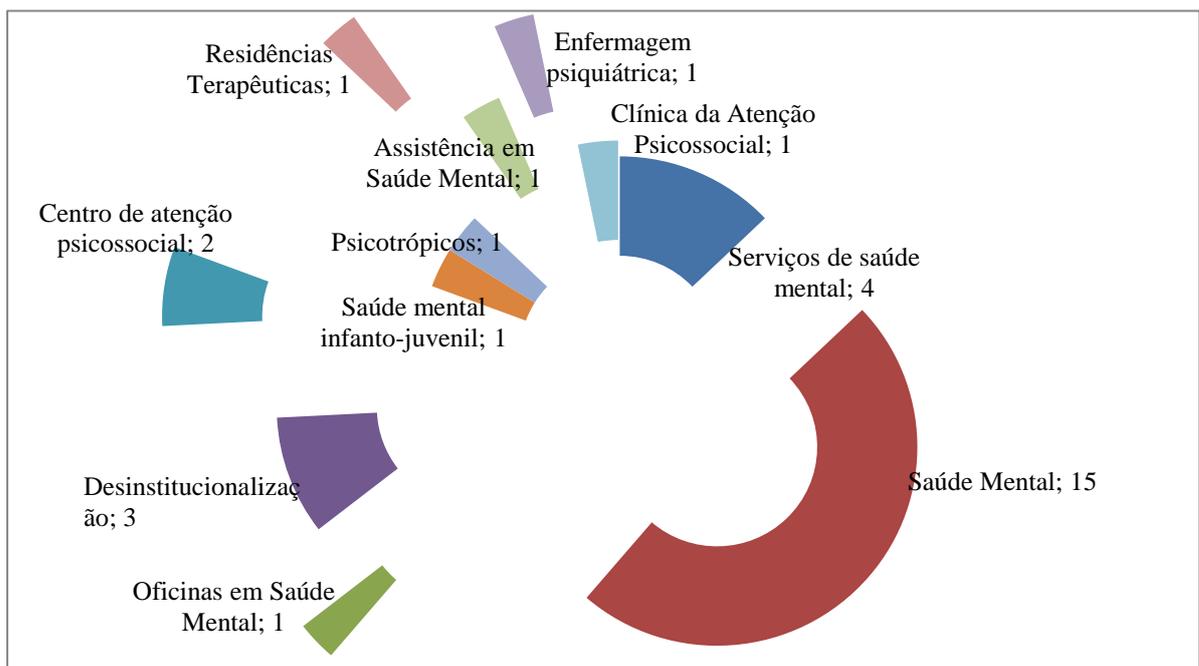


Fonte 10 – O Autor (2018)

Dos 40 tipos de documentos analisados, 26 estudos são artigos.

Dos estudos analisados, estão distribuídos no gráfico apenas os termos/conceitos que são usados no campo da Saúde Mental sendo o campo que mais se evidenciou nos estudos analisados:

Gráfico 1 – Distribuição dos Descritores dos estudos analisados referentes ao Campo de Saúde Mental



Fonte 11 – O Autor 2018

Dos 40 estudos analisados, 15 estudos apresentaram como um de seus descritores a palavra saúde mental.

Na tabela 3 a seguir estão distribuídos os 40 estudos conforme autor (e)/ ano de publicação; objetivo principal da pesquisa, população alvo, serviços de saúde, período que o estudo foi realizado e resultados da pesquisa:

Tabela 3 - Distribuição dos estudos analisados quanto a autor (es)/ano, objetivo da pesquisa, população alvo, serviços de saúde, período que o estudo foi realizado e resultados da pesquisa

Autor (es) / Ano de publicação	Objetivo de pesquisa	População Alvo	Serviços de Saúde	Período	Resultados da Pesquisa
MATSUMO-TO, Larissa et al. 2007	Propor intervenções que possam ser usadas como exemplo na condução de casos semelhantes.	Mãe e filho adolescente, HIV positivos	Unidade Básica de Saúde	Não tem declarado	A aplicação dos conceitos da clínica ampliada é fundamental no acompanhamento de pacientes com doença crônica, permitindo uma abordagem integral do indivíduo.
BARRENSE, Dias. 2010	Comunicar a experiência de co-construção de PTS com uma equipe de saúde da família de Juazeiro-BA, a partir de uma experiência no âmbito do PET-Saúde, na linha SMAB.	Profissionais da ESF, os componentes da equipe PET-Saúde e duas usuárias referenciadas pela equipe. Além de seis agentes comunitários de saúde a ESF conta ainda com uma auxiliar de consultório dentário, uma dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um médico e uma recepcionista	ESF do Distrito Sanitário I do município de Juazeiro-BA	Não tem declarado	A narrativa desvela sentidos de uma experiência onde o compartilhamento de ações entre os atores indicou desafios a serem encarados pela ESF, relativos à organização do processo de trabalho e à gestão do cuidado. Pôs em evidência também a contribuição da educação permanente na assimilação de imperativos ético-políticos para a atuação no SUS.

<p>SCHONHOFEN, Anielle et al.</p> <p>2010</p>	<p>Apresentar por meio do relato de uma experiência exitosa, vivida na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a aplicabilidade e a construção conjunta de PTS no enriquecimento do processo de ensino-aprendizagem para a formação de Cirurgiões Dentistas.</p>	<p>Alunos do último semestre do curso de Odontologia da faculdade supracitada, dois cirurgiões dentistas funcionários do referido espaço de aprendizado, e um professor universitário</p>	<p>Ambulatório de Odontologia do Departamento Municipal de Água e Esgoto/DMAE do município de Porto Alegre – RS</p>	<p>Primeiro semestre de 2012</p>	<p>O resultado final foi a implementação do projeto no serviço em questão. De certo modo essas ações estimularam criatividade, capacidade de liderança e pró-atividade nos alunos em formação. Tais características são de fundamental importância para a vida profissional futura.</p>
<p>MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia.</p> <p>2011</p>	<p>Analisar e descrever as potencialidades e dificuldades da equipe na construção dos projetos terapêuticos.</p>	<p>Trabalhadores</p>	<p>CAPS III do município de Diadema - SP</p>	<p>Três grupos com a equipe diurna e dois com a equipe noturna, conduzidos a partir de um roteiro pré-elaborado</p>	<p>Desafios identificados por esses profissionais na construção dos projetos terapêuticos são: uma constituição de uma integralidade efetiva entre os diversos profissionais da equipe e entre os diferentes plantões; organização de espaços sistemáticos para construção e reavaliação dos projetos entre todos os membros da equipe e registros mais rigorosos das intervenções dos profissionais nos prontuários para facilitar a circulação das informações entre os profissionais.</p>

<p>PINTO, Diego Muniz et al. 2011</p>	<p>Compreender como se dá a construção do projeto terapêutico de usuários no Centro de Atenção Psicossocial de Sobral-CE.</p>	<p>27 pessoas distribuídas em quatro grupos: Grupo I - trabalhadores de saúde mental (oito); Grupo II - usuários (sete); Grupo III - familiares dos usuários (cinco) e Grupo focal (sete) dos trabalhadores de saúde mental</p>	<p>Centro de Atenção Psicossocial de Sobral-CE</p>	<p>Não tem declarado</p>	<p>Percebemos, então, que a construção do projeto terapêutico se dá com base nas necessidades de saúde de cada usuário, mediante um esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família, com o intuito de promover saúde mental.</p>
<p>BREDERODES, Fernanda Braz Macedo. 2011</p>	<p>Qualificar a gestão do cuidado dos usuários de saúde mental e seus familiares na Unidade de Saúde da Família Prateado do município da Pedra, através da implantação do Projeto Terapêutico Singular.</p>	<p>Equipe</p>	<p>Saúde da Família do Prateado</p>	<p>Janeiro a dezembro de 2012</p>	<p>Esperamos que esse projeto de intervenção possibilite como resultado uma abordagem mais completa do usuário que necessita de uma atenção especial, melhorando assim o tipo de tratamento oferecido a esta clientela em consequência da elaboração e execução do seu PTS.</p>
<p>PARAGUAY, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra. 2011</p>	<p>Analisar junto aos alunos, profissionais de referência e usuários os significados, utilidades e aspectos simbólicos relacionados à participação dos alunos do quinto ano de Medicina da FCM da UNICAMP na disciplina de Planejamento e Gestão.</p>	<p>Alunos do 5º ano. Este estágio compreende a atuação dos alunos junto a uma equipe de referência</p>	<p>Centro de Saúde</p>	<p>Durante o estágio do 5º ano, entre 2008 e 2010</p>	<p>Cada PTS foi desenvolvido a partir de uma análise de demanda específica do caso, refletindo o caráter singular na construção dos projetos terapêuticos sendo que as propostas e discussões foram desenvolvidas ao longo do estágio com os pacientes, alunos, profissionais de referência e docentes.</p>

					Assim, esta pesquisa aponta para o uso de metodologias problematizadoras centradas no aluno e no seu processo de aprender a aprender, que integrem teoria e prática e que possibilitem espaços de reflexão e aprendizado sobre a relação médico – paciente.
CARVALHO, Laura Graças Padilha et al. 2012	Descrever as etapas que constituíram a construção de um PTS em conjunto com usuária / família de um CAPS do município de Cuiabá-MT.	Usuária e familiar	CAPS do município de Cuiabá-MT	Segundo semestre de 2010	Ao realizar o PTS, vivenciamos a experiência do empoderamento em saúde, que permitiu que usuária e família se beneficiassem do conhecimento obtido nos vários momentos de contato. É importante enfatizarmos os avanços já alcançados no cuidado direcionado em saúde mental, por meio do modelo de atenção psicossocial, que tem como um de seus instrumentos o PTS, que possibilita a participação, reinserção social e construção de autonomia.

COMBINATO, Denise Stefanoni; Sueli Ferreira. MARTINS, Terezinha 2012	Analisar o processo de trabalho de profissionais da saúde que atuam na Saúde da Família/ Atenção Primária e já cuidaram de pessoas em processo de morte, a fim de traçar possíveis contribuições para a área de Saúde Pública no que se refere à implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária.	Pacientes sob Cuidados Paliativos na Atenção Primária	Atenção Primária à Saúde do município de Campinas-SP	Não tem declarado	Como resultado, teve-se que o planejamento das ações em saúde é orientado pelo PTS com ênfase para o diagnóstico social e a necessidade do vínculo para pactuação.
NOVAES, Maria Rita C. Garbi. 2012	Descrever a aplicação de um PTS a uma família com conflitos intergeracionais e morbidades para o estabelecimento de ações de promoção em saúde.	Família acompanhada pela ESF	Estratégia de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal	Não tem declarado	A utilização do PTS trouxe mudanças à família deste relato, que apresentava morbidades acentuadas pelo conflito intergeracional e dificuldades para a resolução de problemas no que corresponde às ações de saúde, à qualidade de vida e ao planejamento familiar.
LOPES, Verônica Cavalcanti et al. 2012	Elaborar um plano de intervenção do dispositivo de Projeto Terapêutico Singular como instrumento para a efetivação da clínica ampliada na Unidade de Saúde da Família- Jader de Andrade, localizada na microrregião 6.1, no Distrito Sanitário VI na	Equipe de saúde	Unidade de Saúde da Família- Jader de Andrade, localizada na microrregião 6.1, no Distrito Sanitário VI na Cidade do Recife	Novembro de 2012 – outubro de 2013	O plano de intervenção contou com a observação em loco do pesquisador, contribuindo de maneira significativa para a viabilidade do projeto de estudo, para isso se fez necessário um olhar do pesquisador junto as equipes de saúde, no intuito de pensar maneiras e estratégias de

	Cidade do Recife.				configuração e interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos.
FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. 2012	Avaliar os efeitos do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica” na formação e nas práticas dos alunos/profissionais, no que se refere à abordagem das dimensões subjetiva e social.	Curso de Especialização para profissionais da Atenção Básica do SUS-Campinas - SP	Não tem declarado	Início em maio/2008 e término em novembro/2009	Os efeitos do processo formativo devem ser reafirmados no cotidiano de trabalho, mediante um esforço permanente de análise crítica, em espaços coletivos em que se possa interrogar a práxis.
BECKER, Ana Laura Martins et al. 2014	Apresentar um PTS que teve como objetivo investigar e intervir sobre os diferentes aspectos da gestão do cuidado da criança em questão, com foco na criação do vínculo intersetorial entre saúde (Centro de Saúde – CS), educação (creche) e família.	Criança de cinco anos	Centro de Saúde – CS, educação (creche)	Não tem declarado	A aplicação intersetorial do Círculo de Segurança, assim como a comunicação e a colaboração entre as equipes, mostrou resultados muito positivos neste caso, configurando-se como uma alternativa acessível e eficaz à medicalização da criança.
LIMA, Rossano Cabral et al. 2014	Criar indicadores sobre o tratamento de autistas nos Centros de Atenção Psicossociais Infanto-juvenis (CAPSi).	Clientela autista	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSi)	Apenas fala que foram 17 no total	Tais indicadores podem servir de guias e referências às boas práticas no cuidado com as pessoas com autismo e suas famílias, podendo ser usados para futuras iniciativas de avaliação do atendimento oferecido

						pelos CAPSi a essa população.
HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. 2014	Analisar as possibilidades de construção de PTS pelas equipes de saúde mental dos NASF e suas articulações com outros equipamentos da APS, da Atenção Psicossocial e de outros setores da sociedade.	Uma equipe NASF e uma NAAB da região de saúde II e uma equipe NASF e uma NAAB da região IV, totalizando quatro núcleos de apoio	NASF		Agosto e setembro de 2012	O PTS nos NASF esbarra em obstáculos relacionados à indefinição de objeto de trabalho (atenção ou gestão?), à precariedade das condições de trabalho e sobreposição de funções em torno desse dispositivo. É necessário analisar a viabilidade tecnológica do PTS a partir das peculiaridades da APS, evitando a mera transposição de ferramentas tecnológicas entre diferentes serviços da rede de atenção psicossocial.
LIMA, Sayonara Arruda Vieira; ALBUQUER-QUE, Paulette CAVALCANTI; Wenceslau, Leandro David. 2014	Discutir o que pensam os profissionais da gestão sobre os processos de educação permanente em saúde no município de Recife, Pernambuco.	Atores-chave que trabalham na gestão, um representante da atenção primária um da vigilância em saúde, dois da gestão do trabalho um do planejamento e dois da coordenação de políticas		Secretaria Municipal de Saúde	Dezembro de 2010 a janeiro de 2011	A educação permanente em saúde tem sido utilizada como ferramenta para pôr em práticos novos dispositivos de trabalho na atenção primária à saúde. Os resultados apontam para seu uso pela gestão como ferramenta de mudança do processo de trabalho.

DORIGATTI, Escocia et al. 2014	Alcir	Atender à demanda por cuidado mais próximo e presente de parte dos pacientes em saúde mental do Jardim Campo Belo por meio da implantação de um PTS.	Pacientes usuários de psicotrópicos	Centro de Saúde	Reuniões de evolução do projeto, realizadas no fim de cada semestre de 2010 e 2011	O PTS se consagra como uma forte estratégia na construção terapêutica destes pacientes, obtendo resultados expressivos como os descritos e muitas vezes com atitudes simples.
RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. 2014	Rita de	Conhecer como o usuário compreende sua história de vida após os anos de internamento dentro de um hospital psiquiátrico.	Pacientes que vivem na RT, três usuários, duas mulheres e um homem	Três residências diferentes, localizadas no Município de Camaragibe, região metropolitana do Recife	Todas as entrevistas e transcrições foram concluídas na primeira semana de dezembro de 2013	Apesar das várias formas de violência sofrida pelos três usuários antes e durante a internação hospitalar, com a desinstitucionalização, os princípios e diretrizes do projeto terapêutico singular das residências terapêuticas, com ênfase na construção da autonomia do usuário na vida cotidiana e ampliação da inserção social, foram seguidos e o objetivo da reabilitação psicossocial foi alcançado.
MOREIRA, Barros. 2014	Keila	Aprimorar os processos de trabalho e de cuidado de um CAPS.	Usuário	CAPS II	Os procedimentos foram: a participação em quatro reuniões com a equipe do CAPS II; três visitas domiciliares ao usuário e duas visitas a USF	As contribuições desse trabalho são no sentido de aprimorar a gestão participativa e autonomia dos envolvidos, aperfeiçoando os processos de trabalho e cuidado.

FERREIRA, Anderson Borges. 2014	Conhecer e analisar como vêm sendo feita a construção do plano clínico de gestão e implementação do cuidado em três serviços do tipo CAPS pertencentes ao município de Porto Alegre (RS) no ano de 2013.	Trabalhadores em atuação no ano corrente da pesquisa em um dos serviços CAPS participantes da pesquisa	CAPS (adulto tipo II, CAPS álcool e drogas tipo III e CAPS infanto-juvenil tipo II)	Outubro e novembro de 2013	O resultado do estudo permite promover uma (auto) reflexão do modus operandes do processo de trabalho destas equipes, além de divulgar um diagnóstico interessante para que outros profissionais e serviços compreendam seus objetivos e modelos de gerir a clínica.
GRIGOLO, Tania Maris; PAPPANI, Camila. 2014	Problematizar a clínica praticada pelos profissionais dos serviços de saúde mental e discutir os recursos utilizados para a prática da clínica ampliada, caracterizando o papel do técnico de referência.	Três psicólogos, um terapeuta ocupacional, dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, dois assistentes sociais, um psiquiatra e a coordenadora do serviço. No CAPS AD participaram quatro psicólogos, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um terapeuta ocupacional	CAPS de um município do norte de Santa Catarina (um CAPS II e um CAPS ad)	Não tem declarado	Através desta pesquisa foi possível contextualizar a clínica praticada pelos profissionais dos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial deste município da região norte de Santa Catarina.
KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaquelina Maria. 2015	Contextualizar a oferta de oficinas em suas articulações com os territórios existenciais e geográficos dos sujeitos, as concepções de PTS e a sua potência em produzir intervenções culturais e transformação social.	Usuários	Centro de Atenção Psicossocial	Últimos 25 anos	Foram apontados os avanços que ocorreram e seus desafios, nos últimos 25 anos, nos modos de conceber e conviver com a loucura e a desrazão referenciados nas discussões sobre a desinstitucionalização e a implantação da reforma psiquiátrica brasileira.

HAHN, Veronice. 2015	Giselda	Analisar os limites e possibilidades de inclusão do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na agenda da Atenção Básica (AB) em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose.	Profissionais de saúde que integram duas equipes de ESF. Foram incluídos também o gestor municipal (Secretário Municipal de Saúde), que é fisioterapeuta, e a enfermeira coordenadora da AB do Município A	Duas ESF, uma UBS e dois Serviços de Referência para tratamento em TB e uma Coordenadoria de Regional de Saúde - localizados no Rio Grande do Sul	Outubro 2013 à março 2014	O modus operandi da AB, ainda fortemente marcado pelo modelo biomédico, aliado às deficiências na infraestrutura dos serviços, à falta de interlocução entre eles e à precariedade das ações de referência e contra referência foram entraves importantes ao pleno desenvolvimento dos PTS.
GRIGOLO, Tania Maris et. al. 2015		Refletir e discutir a importância e as características do PTS como um recurso terapêutico no contexto da clínica da atenção psicossocial.	Psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais.	Rede de Atenção Psicossocial 3 CAPS	Não tem declarado	Destacamos que trabalhar com o PTS como um dispositivo em saúde, é pôr-se na posição de assumir riscos, permitir o encontro entre diferenças, manter a conversa em andamento, com definições, soluções e aprofundamentos, para sustentar sentidos, que se encontram na experiência, na vivência do cuidado.
JUCÁ, Adriana Lobo. 2015		Analisar a percepção das equipes de Saúde da Família (EqSF) a respeito do Nasf e suas ferramentas tecnológicas nos municípios de Camaragibe, Olinda e Recife.	Agente Comunitário de Saúde (ACS), Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Dentista, Técnico de Higiene Bucal, Auxiliar de Consultório Dentário, das USF	Três municípios do Estado de Pernambuco - equipe de Saúde da Família (EqSF) de cada um dos municípios (Recife, Camaragibe e Olinda)	De fevereiro a maio de 2013, enquanto a transcrição, tratamento e análise dos dados aconteceram no período de julho de 2014 a janeiro de 2015 e a pesquisa documental se estendeu até dezembro de 2014	Os resultados demonstram que há singularidades entre os três municípios estudados no que diz respeito ao entendimento que as ESF possuem sobre o NASF, onde, quanto mais integrado e colaborativo é o trabalho entre as equipes, maior é a capacidade dos

					<p>profissionais de identificar adequadamente os objetivos, diretrizes e forma de atuação do NASF. Já em relação às ferramentas tecnológicas destaca-se que nenhum dos grupos foi capaz de conceituar ou descrever detalhadamente como as utiliza, porém, as declarações sugerem tendências da utilização de algumas dessas ferramentas, notadamente o AM e o PTS.</p>
<p>DA SILVA, Adriana Ferreira et. al. 2015</p>	<p>Conhecer as percepções, saberes e práticas da equipe multiprofissional na atenção às crianças em cuidados paliativos em unidade de oncologia pediátrica.</p>	<p>Nove profissionais da equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo, educador físico, pedagogo, nutricionista, farmacêutico</p>	<p>Hospital de ensino do Sul do Brasil</p>	<p>Junho a outubro de 2013</p>	<p>Os temas revelaram que a equipe sofre, igualmente, com a morte da criança e, de forma semelhante à família, move-se em direção à construção de mecanismos de enfrentamento para a elaboração do luto. Paradoxalmente, a equipe compartilha saberes para delinear as baseado PTS a ser implementado e insere a família nesse processo para que possa assumir o protagonismo do cuidado à criança.</p>

JORGE, Maria Salete Bessa et. al. 2015	Compreender como se conformam o apoio matricial, projeto terapêutico singular, e sua interface com a produção do cuidado em saúde mental.	Participaram 17 sujeitos, entre profissionais e usuários	Centro de Atenção Psicossocial e no Centro de Saúde da Família	de Junho a setembro de 2012	Os resultados evidenciaram o acolhimento, o vínculo e a cor responsabilização no cotidiano assistencial, promovendo cuidado. Desvelaram-se, contudo, excessivos encaminhamentos, atendimento médico-centrado, dependência do Centro de Saúde ao suporte da atenção especializada, deficiência de espaço físico, desarticulação da rede, terceirização e despreparo dos profissionais do Centro de Saúde, como dificuldades com a produção do cuidado. O apoio matricial e PTS, portanto, acontecem no cotidiano dos serviços, porém com dificuldades que incidem na organização e produção do cuidado.
PINHEIRO, Modesto. 2015	Analisar a utilização do PTS como meio de efetivação em ato do processo de cuidado.	Usuário	Unidade de Saúde da Família do Município de Porto Alegre	Primeiro ano do Programa de residência em saúde	Cada PTS foi desenvolvido a partir de uma análise de demanda específica do caso, refletindo o caráter singular na construção dos projetos terapêuticos sendo que as propostas e discussões foram

desenvolvidas ao longo do estágio com os pacientes, alunos, profissionais de referência e docentes. Assim, esta pesquisa aponta para o uso de metodologias problematizadoras centradas no aluno e no seu processo de aprender a aprender, que integrem teoria e prática e que possibilitem espaços de reflexão e aprendizado sobre a relação médico – paciente.

<p>DA SILVA, Ariná Islaine et al.</p> <p>2016</p>	<p>Analisar a importância do Projeto Terapêutico Singular na gestão do cuidado para profissionais de uma equipe da Estratégia da Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica, em uma capital do sul do Brasil.</p>	<p>Profissionais integrantes da equipe ESF: uma médica, uma técnica de enfermagem e três ACS</p>	<p>Estratégia Família Saúde da</p>	<p>Agosto a setembro do ano de 2014</p>	<p>As falas dos participantes deste estudo demonstram um cenário onde os profissionais desenvolvem o PTS em equipe, mesmo sem sistematizá-lo de acordo com a proposta na literatura. No entanto, os participantes atribuem importância ao vínculo, discutem os casos interprofissionalmente e valorizam a singularidade dos sujeitos, conceitos inerentes ao PTS, que além se revelou uma ferramenta eficaz para a gestão do cuidado.</p>
---	--	--	------------------------------------	---	---

SANTOS, Keite Helen dos. 2016	Conhecer as rotinas de atendimento, as rotinas familiares, o processo saúde-doença e a compreensão da família sobre a doença da criança.	Equipe de residentes (enfermagem, fonoaudiologia e nutrição)	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Básica	Não tem declarado	O PTS envolvendo a enfermagem, a fonoaudiologia e a nutrição possibilitaram intervenções que abrangeram a criança e seu núcleo familiar. É necessária uma maior atenção a esses casos devido a dificuldades em acessar os serviços de Atenção Primária à Saúde, buscando oferecer apoio às famílias, bem como atenção integral à saúde desses sujeitos.
CORREIA, Marcius Vinicius Gonçalves. 2016	Contribuir com subsídios para a ampliação do debate sobre o uso de recursos não medicalizantes no atendimento à demanda escolar no âmbito dos serviços públicos de saúde.	Alunos com queixas escolares, pais ou responsáveis	Escola Municipal de Ensino Fundamental do município de São Paulo; Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo (Vila Maria/Vila Guilherme)	Dia 07 de julho de 2014, deram início às oficinas de vivência. No dia 14 de julho de 2014 realizamos a segunda oficina e brincamos com massa de modelar. No dia 21 de julho de 2014 realizamos a terceira e última oficina	Foi possível constatar a necessidade de redirecionamento dessa demanda, podendo ser o NASE uma ponte transitória e importante no diálogo intersetorial educação-saúde.
BELOTTI, Meyrielle; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. 2016	Apresentar e discutir os efeitos que os encontros de matriciamento provocaram no território de adstringência da UBS acompanhada.	Equipes da Estratégia da Saúde da Família no campo da saúde mental	Unidade Saúde da Família (USF), situada em um município da Grande Vitória- ES	Fevereiro a setembro de 2012	Os resultados apontam que a prática do Apoio Matricial favoreceu a ampliação das estratégias de cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde; a corresponsabilidade no cuidado; a escuta qualificada; o aumento da

						resolutividade neste nível de atenção; e a diminuição dos encaminhamentos sem critérios.
FERIGATO, SILVA, Chanchetti. 2016	Sabrina; Michelle	Apresentar o relato de uma experiência de intervenção terapêutica ocupacional para evidenciar aspectos relevantes sobre a clínica do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e do núcleo da terapia ocupacional no campo da saúde mental.	Um paciente atendido pelo CAPS	CAPS III – Campinas- SP	Não tem declarado	As autoras buscaram elucidar algumas funções que a Terapia Ocupacional pode cumprir em um CAPS, constituindo um trabalho de caráter a um só tempo expressivo, construtivo e inclusivo; ampliando a capacidade de sujeitos individuais e coletivos serem afetados pela experiência e passarem a agir ativamente na produção de novos caminhos, na construção de caso se causos num cotidiano reinventado.
KINKER, Sfair. 2016	Fernando	Problematizar um dos conceitos (Projeto Terapêutico Singular, ou Projeto Terapêutico individual) balizadores do cotidiano dos serviços de saúde mental construídos no processo brasileiro de reforma psiquiátrica.	Alunos do curso de terapia ocupacional, alunos e docentes dos vários cursos de graduação da UNIFESP - baixada santista e profissional da rede em torno do Laboratório de Produção de Conhecimento Compartilhado em Saúde Mental além de docentes da UNICAMP e da UNIFESP	CAPS do Estado de São Paulo	Década de 2000 e depois 2011	O autor relata que apesar de os projetos terapêuticos representarem uma conquista fundamental para a qualificação do cuidado em saúde mental, ainda se faz necessário produzir uma ruptura epistemológica na relação com o sofrimento psíquico, para que eles possam atingir maior potencial de transformação.

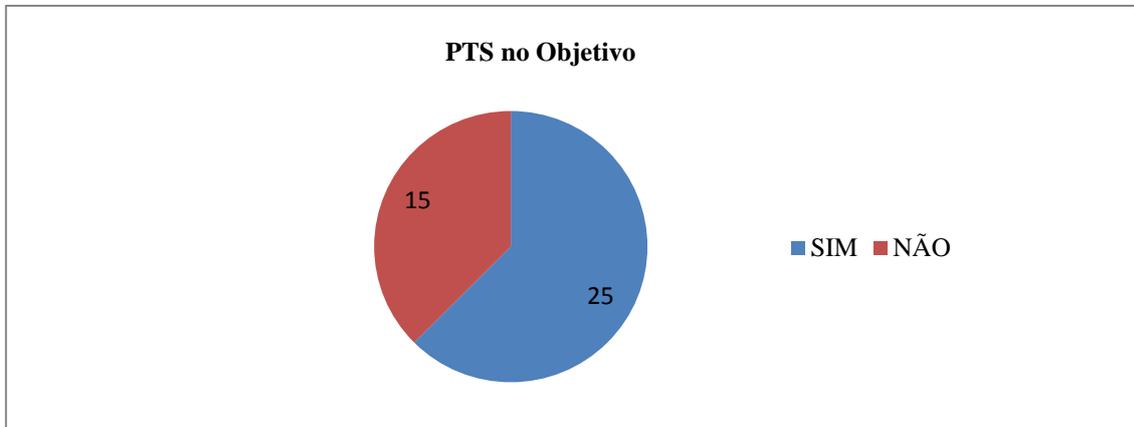
NOGUEIRA, Sescon et. al. 2016	Iara	Avaliar os resultados de intervenções domiciliares de enfermagem na perspectiva da satisfação de idosos.	14 idosos dependentes de cuidados residentes em área descoberta da Estratégia Saúde da Família	Projeto de Extensão de Assistência domiciliar de Enfermagem às famílias de idosos dependentes de cuidado (ADEFI), Universidade aberta à Terceira Idade (UNATI), da Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Novembro de 2015 a janeiro de 2016	Emergiram as seguintes categorias temáticas: “Intervenção domiciliar de enfermagem: sinônimo de alegria, distração e formação de vínculos” e ‘Intervenção domiciliar de enfermagem: transformações da saúde e dos hábitos de vida’ Os autores consideraram que as intervenções domiciliares de enfermagem tiveram resultados positivos que sinalizam qualidade do cuidado prestado.
CORDOVIL, Pereira. 2016	Alzilene	Apresentar o processo de trabalho nos NASF em funcionamento nos municípios de Belém e Ananindeua.	Oito terapeutas ocupacionais	NASF de Belém e Ananindeua	Até dezembro de 2015	De modo geral os participantes demonstraram conhecer, embora não com clareza, as ferramentas de apoio à atenção apesar de apontarem falhas nas capacitações para o trabalho no NASF, e em sua maioria afirmaram utilizá-las no processo de trabalho de suas respectivas equipes. Apontou, ainda, como entrave para a efetivação

					das ações do NASF o trabalho em equipe.
RASCH, Scheila Silva et al. 2016	Debater o Projeto Terapêutico Singular a partir da análise de prontuários de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.	Mulheres usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	Novembro de 2012 e julho de 2013	Os resultados levaram a três categorias principais: características sociodemográficas e do consumo; processo do tratamento; e temática das redes articuladas à construção do projeto terapêutico.
CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira. 2016	Analisar a construção de uma proposta de intervenção participativa, que contribua como elemento estruturador da prática de cuidado do enfermeiro, frente à compreensão das práticas desenvolvidas e criação do PTS em unidades da saúde da família do município de Maricá (RJ).	12 enfermeiros	Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Maricá - RJ	Agosto a dezembro de 2014	A partir destes resultados, apresentou-se, como síntese, a compreensão de como o PTS pode subsidiar a reflexão de um projeto de Enfermagem no campo da saúde coletiva na atenção à saúde e na organização das práticas de cuidado.
RODES, Carolina Hart et al. 2017	Conhecer a prática de Clínica Ampliada (CA), Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Apoio Matricial (AM) para fonoaudiólogos, e fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.	Fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.	Atenção Primária à Saúde	2007 a 2015	Para o PTS, além da dificuldade do fazer, destacaram-se, respectivamente, ideias de “pluralidade de concepções”, “visão biopsicossocial” e “possibilidade de adaptação” do cuidado.

<p>ANSCHAU Fernando et al.</p> <p>2017</p>	<p>Descrever os resultados alcançados em indicadores de desempenho hospitalar e na oferta de leitos com a estratégia de incorporação da Gestão da Clínica no processo assistencial da unidade de retaguarda do Hospital Nossa Senhora da Conceição.</p>	<p>Equipes compostas por médicos clínicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos</p>	<p>Unidade de retaguarda do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul</p>	<p>Durante dois meses (novembro e dezembro de 2015) a concepção de equipe – aqui tratada como multiprofissional – foi trabalhada e supervisionada pela equipe gerencial do hospital (apoio institucional). A manutenção da estratégia e o monitoramento prolongado, durante o período de janeiro a dezembro de 2016</p>	<p>A implantação da Gestão da Clínica no contexto do trabalho assistencial na unidade dos leitos de retaguarda do hospital em estudo associou-se às melhorias nos processos de cuidado, proporcionando maior oferta de leitos aos usuários.</p>
--	---	--	---	---	---

Em relação aos objetivos dos estudos analisados, estão descritos no gráfico 8 quantos apresentaram ênfase no PTS:

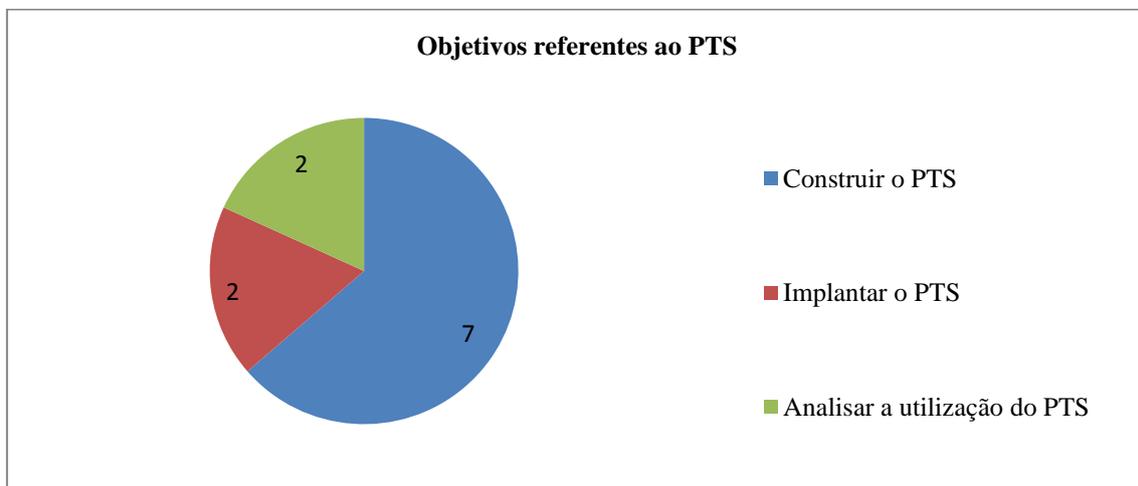
Gráfico 8 - Distribuição dos estudos analisados que enfatizaram o PTS em seus objetivos



Fonte 13- O Autor (2018)

E dos 25 estudos que apresentaram com ênfase no objetivo o PTS, estão descritos no gráfico 9 a seguir os objetivos que se evidenciaram e tiveram acima de uma citação:

Gráfico 9 – Descrição dos objetivos dos estudos analisados referentes ao PTS

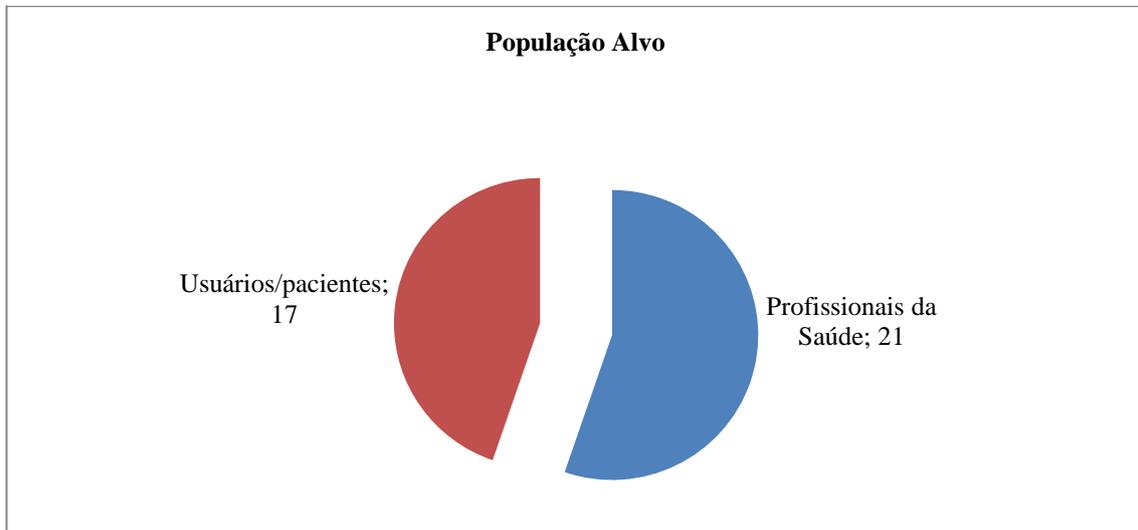


Fonte 14 – A Autor (2018)

Dos 40 que foram analisados, o objetivo da construção do PTS foi apontado em sete estudos.

Da população alvo que apareceram nos estudos analisados estão descritos no gráfico 10 as duas categorias que mais se evidenciaram:

Gráfico 10 - Distribuição população alvo dos estudos analisados



Fonte 15 – O Autor (2018)

Dos 40 estudos analisados, os profissionais da saúde apareceram 21 vezes como população alvo dos estudos que tinham no seu contorno a discussão do PTS.

No estudo de Pinto et al. (2011) os autores relataram que o PTS se configura como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, fruto da discussão de uma equipe coletiva e interdisciplinar, com apoio matricial caso necessário e pode ser para um sujeito ou coletivo. Assim, dentro da construção do PTS há a incorporação da interdisciplinaridade com a contribuição de diversas especialidades, assim os profissionais se reúnem para avaliação sobre as condições do indivíduo. Dessa reunião são acordados procedimentos de responsabilidade de diversos membros da equipe de referência. A equipe de referência empreende a construção do vínculo entre o usuário, sua família e a equipe de saúde. O profissional de referência tem a responsabilidade de acompanhar durante todo o tratamento providenciando as intervenções necessárias de outros profissionais ou serviços, além de assegurar a alta e continuidade da assistência.

No estudo de Belotti e Lavrador (2016) as autoras afirmam que o PTS foi fundamental durante os encontros de matriciamento, pois se mostrou útil para mediar relações e estabelecer um diálogo entre a equipe de saúde, os usuários e os cuidadores, proporcionando a construção de decisões e tarefas definidas de modo compartilhado, favorecendo o envolvimento e a responsabilização de todos no cuidado do sujeito com sofrimento psíquico. Ainda, as autoras

ressaltam a dificuldade da participação dos médicos nos encontros de matriciamento, visto que a inserção desse profissional poderia enriquecer as discussões e elaborações do PTS.

Os usuários/pacientes foram citados 17 vezes como população alvo dos 40 estudos analisados.

Em relação aos usuários/pacientes frente ao PTS, o estudo de Santos (2016) reforça que o PTS deve ser discutido a partir das realidades do sujeito e de sua família, sendo que um maior envolvimento por diferentes profissionais da equipe permite que este projeto contemple o caso sob uma ótica integrativa e ampliada.

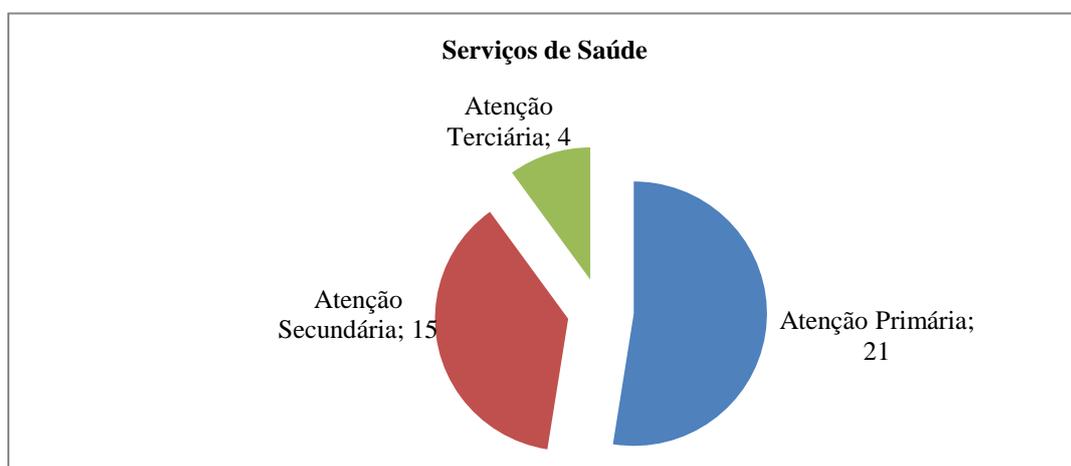
No estudo de Novaes (2012) a partir da Brasil (2009) ressalta que para elaborar o proposto PTS e para alcançar resultados terapêuticos positivos, principalmente em doenças crônicas, é muito importante a participação da pessoa doente. Essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim como um processo de mudança de vida onde o usuário é ativo em todo o processo de tomada de decisões.

No estudo de Lopes (2012) a autora reforça que equipe que formular um PTS, além de momentos de discussão em equipe, não pode prescindir do contato direto com o usuário, de vivências com o usuário.

No estudo de Jucá (2012) a autora diz que o PTS pressupõe um aprofundamento na discussão do problema e o envolvimento de todas as partes no processo, sendo o usuário peça central e fundamental para seu desenvolvimento, assim como a implicação da família quando houver necessidade.

Em relação aos serviços de saúde que mais se evidenciaram nos estudos analisados estão descritos conforme o nível de atenção à saúde no gráfico 11 a seguir:

Gráfico 11 - Distribuição dos serviços de saúde segundo o nível de atenção



Fonte 16 – O Autor (2018)

Dos 40 estudos analisados, 21 estudos apresentaram a APS como seu campo de coleta, pesquisa e/ou intervenção sendo os serviços como UBS, ESF, NASF e Centros de Saúde. Os 16 estudos que apresentaram a atenção secundária em especial trouxeram o contexto do CAPS e os 4 estudos que apresentaram a atenção terciária em suma trouxeram o contexto hospitalar como campo de atuação.

As autoras Belotti e Lavrador (2016) afirmam que tanto os serviços de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade (APS, Média Complexidade e Alta Complexidade), quanto os serviços de saúde mental eram contemplados nos PTS de acordo com a necessidade e complexidade do caso discutido.

A autora Rodes et al. (2017) introduz que recentemente a APS ampliou a dimensão e a resolutividade de ações em reabilitação com suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que constitui o acesso preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), com desafio de coordenar o cuidado de reabilitação na Rede Assistencial de Saúde (RAS) do país e de buscar racionalidade no uso da média e da alta complexidades (BRASIL,2010).

A autora Silva et al. (2016) traz que em uma perspectiva temporal o PTS foi indicado a ser utilizado na RAS (BRASIL,2010) com destaque a partir do ano de 2010, momento esse que a PNH (BRASIL,2012) foi intensificada nas discussões das agendas do setor Saúde. Todavia, a implantação do PTS na ABS é uma situação recente, do ponto de vista histórico, uma vez que se trata de um instrumento atual e por respeitar a singularidade de cada equipe da ESF, uma vez que as discussões que abrangem sua elaboração são peculiares a cada realidade.

No que se diz respeito à prática do PTS nos serviços de saúde, a autora Corrêa (2016) ressalta a produção bibliográfica (BRASIL, 2010; 2009;2007;2004) referente às cartilhas da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, as quais apresentam o PTS como uma estratégia para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores em uma atenção integral, resolutiva e humanizada em todos os serviços de saúde.

A autora Santos (2016) elucida o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Básica, e reforça que durante a formação multiprofissional dos programas de residência, há o processo de valorização do cuidado, transformando-se em um trabalho em equipe interprofissional, com facilidade de desenvolver e aplicar os PTS favorecendo as discussões de caso, contribuindo para o desenvolvimento das várias profissões e de suas especificidades e permitindo a reflexão sistematizada sobre o cuidado prestado.

Sobre o PTS a autora Rodes et al. (2017) diz que compreender o fazer do profissional com o desenvolvimento das principais ferramentas que organizam o processo de trabalho na APS – Clínica Ampliada (CA), Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Apoio Matricial (AM) é urgente para reorganizar a reabilitação como assistência. E o PTS, com interação interprofissional para discutir casos complexos, é adequado ao usuário na longitudinalidade do cuidado.

Da Silva et al. (2016) exemplifica que a ESF fundamenta o trabalho em equipe interdisciplinar oportunizando o estabelecimento de vínculo entre profissionais e população de maneira longitudinal, com vistas à promoção da saúde e a autonomia destes por meio da corresponsabilização. Os profissionais da ESF atuam nos processos de saúde-doença dos usuários que cuidam, elaboram planos de cuidado e ações terapêuticas como o PTS. Ainda, para estimular uma equipe da ESF a desenvolver um cuidado que considere novas práticas assistenciais como a utilização do PTS, é indispensável que os trabalhadores envolvidos incorporem novos conhecimentos, mudem a cultura do modelo assistencial tradicional e ampliem o compromisso com a gestão do cuidado.

Na tabela 4 a seguir será apresentada a definição que os 40 estudos analisados trazem sobre o PTS e o referencial teórico utilizado em cada definição:

Tabela 4 - Descrição das definições de Projeto Terapêutico Singular e seu respectivo Referencial Teórico

Autor (es) / Ano de publicação	Definição de PTS	Referencial teórico
MATSUMOTO, Larissa et al. 2007	Não tem declarado	Não tem declarado
BARRENSE, Diego Dias. 2010	PTS é um arranjo metodológico que tem sua origem ligada ao campo da saúde mental.	Oliveira (2008)
	Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. O PTS é um dos dispositivos de gestão da atenção no âmbito da PNH.	Brasil (2008)
SCHONHOFEN, Anielle et al. 2010	O PTS constitui-se em um movimento de produção e de gestão conjunta do cuidado em saúde de um sujeito ou grupo que esteja em situação de	Oliveira (2008)

		vulnerabilidade.	
MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia.	2011	Constituem-se como um instrumento para melhorar as condições de vida e recuperar a autonomia.	Mângia; Castilho; Duarte (2006)
PINTO, Diego Muniz et al.	2011	PTS é um condensado das ações em saúde, nele se inscreve a concepção de ser humano que subjaz à prática e às tecnologias que foram ou são desenvolvidas para alcançar os objetivos de cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença pelo portador de transtornos mentais e a melhoria da sua qualidade de vida.	Aranha; Fonseca (2003)
BREDERODES, Fernanda Braz Macedo.	2011	É um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade.	Oliveira (2008)
PARAGUAY, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra.	2011	Não tem declarado	Não tem declarado
CARVALHO, Laura Graças Padilha et al.	2012	Esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário que se encontra inseridas num contexto.	Oliveira; Vieira; Andrade (2006); Sanduette (2007)
COMBINATO, Denise Stefanoni; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira.	2012	Propostas de ações para o cuidado integral da pessoa, com base em diferentes olhares dos profissionais da equipe, sobre os diversos aspectos da vida da pessoa.	Carvalho; Cunha (2006)
NOVAES, Maria Rita C. Garbi.	2012	O PTS é uma abordagem integral à família, que propõe intervenções biopsicossociais, priorizando ações que atenuem os agravos potencializados pelos conflitos intergeracionais.	Brasil (2006)
LOPES, Verônica Cavalcanti et al.	2012	É um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso.	Brasil (2006)
		PTS é entendido como um conjunto de propostas de condutas	Brasil (2008)

	terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultando de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. É um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade.	
FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. 2012	Trata-se de uma variação da discussão de caso clínico, que se desdobra num conjunto de propostas terapêuticas articuladas para a atenção a um sujeito, uma família, um grupo ou um coletivo, propostas estas construídas por uma equipe interdisciplinar, a partir da análise do caso.	Cunha (2009)
BECKER, Ana Laura Martins et al. 2014	Não tem declarado	Não tem declarado
LIMA, Rossano Cabral et al. 2014	Não tem declarado	Não tem declarado
HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. 2014	O PTS envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade.	Oliveira (2007)
LIMA, Sayonara Arruda Vieira; ALBUQUER-QUE, Paulette CAVALCANTI; Wenceslau, Leandro David. 2014	É um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade, que necessita de uma construção coletiva envolvendo o profissional, a equipe de saúde, os usuários e a família.	Oliveira (2008)
DORIGATTI, Alcir Escocia et al. 2014	É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.	Brasil (2007)
RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. 2014	O PTS das Residências Terapêuticas é baseado em princípios e diretrizes que estimulam a construção progressiva da autonomia do usuário nas atividades da vida cotidiana e a ampliação da inserção social, priorizam a reabilitação psicossocial.	Brasil (2000)

MOREIRA, Keila Barros. 2014	O PTS é um dispositivo da PHN e exige a ampliação dos modos de ver o mundo e de avaliar os processos de adoecimento e saúde.	Oliveira (2007)
FERREIRA, Anderson Borges. 2014	É um instrumento que permite à equipe profissional executar e planejar a clínica tanto entre si quanto com o usuário, explorando a cooperação dos diferentes saberes dos atores envolvidos para que assim possa atingir as legítimas necessidades de saúde do usuário enquanto formula e reformula as práticas profissionais. O PTS é a construção de uma clínica em formato de projeto para caracteriza um estado transformador e não estagnado de cuidado. Portanto, precisa de um dinamismo em sua concepção e atuação, já que a clínica se apoia na diferença (singularidade) de cada situação, local e equipe profissional envolvida.	Brasil (2008)
GRIGOLO, Tania Maris; PAPPANI, Camila. 2014	O PTS é 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.	Brasil (2007)
KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaquelina Maria. 2015	Não tem declarado	Não tem declarado
HAHN, Giselda Veronice. 2015	Conjunto de propostas terapêuticas articuladas que são dirigidas a um sujeito individual ou coletivo. O PTS é uma proposta do Ministério da Saúde compreendida como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas e desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, dirigida a indivíduos ou coletividades e resultante da discussão coletiva entre a equipe e o usuário implicado. O PTS busca constituir-se como instrumento de organização e sistematização do cuidado, considerando as singularidades do sujeito e o contexto social em que está inserido, sendo dedicado a situações de maior complexidade	Brasil (2008) Brasil, 2009; Boccardo et al., 2011. Campos; Barros; Castro (2004)

	clínica.	
	<p>O PTS é uma ferramenta do cuidado em saúde que está embasada no conceito ampliado de saúde, que enfatiza a saúde como resultado dos modos de organização social da produção, ou seja, como efeito da composição de múltiplos fatores, requerendo o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.</p> <p>O PTS é uma tecnologia operacionalizada por uma equipe multiprofissional, orientada pela necessidade de resolução de um determinado problema, por meio da elaboração de um plano de atividades e ações, dirigido a indivíduos em situação de vulnerabilidade. Durante a atividade, os usuários são convidados a participar conjunta e ativamente do PTS, caracterizando a coprodução da problematização, do projeto, da gestão e da avaliação do processo, a fim de oportunizar à equipe conhecer a capacidade do usuário de interferir na sua relação entre a vida e a doença.</p>	Oliveira (2010)
GRIGOLO, Tania Maris et. al.	PTS pode ser compreendido como uma tecnologia para a gestão do cuidado.	Grigolo et al. (2015)
2015	<p>O PTS é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de um Sujeito Singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade. O conceito de PTS é relacionado a um dispositivo que contribui na discussão do caso clínico, com o intuito de ir além do diagnóstico e do medicamento psiquiátrico.</p> <p>O PTS é um dispositivo que tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito.</p>	Oliveira (2007) Onocko-Campos & Gama (2008)
JUCÁ, Adriana Lobo.	Trata-se de um dispositivo que leva em consideração não apenas os recursos clássicos das equipes de saúde, mas também as diversas possibilidades encontradas no	Cunha (2004)
2015		

	território, na família e no próprio sujeito.	
DA SILVA, Adriana Ferreira et al. 2015	É caracterizado por um conjunto de propostas e condutas terapêuticas que visam a compreender a singularidade dos sujeitos e, a partir disso, definir propostas e ações.	Brasil (2008)
JORGE, Maria Salete Bessa et al. 2015	O PTS é uma discussão de caso em equipe, um grupo que incorpora a noção interdisciplinar e que recolhe a contribuição de várias especialidades e de profissões distintas.	Campos (2012)
PINHEIRO, Deyse Modesto. 2015	Como uma tecnologia de cuidado e uma ferramenta importante que deve incluir ações que favoreçam a participação ativa do usuário e seu familiar, promovendo assim maior autonomia e compartilhamento de informação e saberes no sentido de trabalhadores de saúde e usuário, coletivamente com seus familiares, construírem uma proposta de cuidado centrado no usuário.	Diniz (2012)
DA SILVA, Ariná Islaine et al. 2016	O PTS de pessoas e/ou coletivos trata-se de um movimento de coprodução e de cogestão do cuidado entre os envolvidos. É um instrumento voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade, entendida como a capacidade dos sujeitos de se protegerem de um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco.	Büchele; Dimenstein (2014)
SANTOS, Keite Helen dos. 2016	A construção de um PTS é caracterizada pela revisão de diagnósticos com redefinição da articulação de propostas e condutas terapêuticas para um sujeito individual ou coletivo.	Campos (2010)
CORREIA, Marcius Vinicius Gonçalves. 2016	Conjunto de propostas de condutas terapêuticas construídas a partir da coprodução e cogestão do processo terapêutico pela discussão coletiva da equipe multiprofissional com usuário e rede social vivenciada.	Brasil (2013)
BELOTTI, Meyrielle; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. 2016	Os PTS se configuram como uma ferramenta para a construção de práticas inovadoras, que singularizam os processos dos sujeitos e suas necessidades de saúde, apresentando novas perspectivas na produção de	Barros (2010)

	autonomia, protagonismo e inclusão social.	
	PTS nada mais é do que uma nova forma de realizar a discussão de “caso clínico”, capaz de proporcionar uma atuação integrada da equipe, incorporando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos sujeitos.	Brasil (2006)
FERIGATO, Sabrina; SILVA, Michelle Chanchetti. 2016	PTS é uma ferramenta para a gestão da clínica que engloba um conjunto de propostas, de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar específica ou em rede.	Campos (2005)
KINKER, Fernando Sfair. 2016	Conjunto de estratégias estabelecidas pelas equipes, através de discussões, avaliações diagnósticas levantamento de recursos e possibilidades.	Brasil (2007)
NOGUEIRA, Iara Sescon et. al. 2016	É um dispositivo da PHN que possibilita a integralidade da atenção e garante o acesso ao sistema de saúde, mesmo por populações fora do alcance da ESF.	Da Silva, Ariná Islaine et al. (2016)
CORDOVIL, Alzilene Pereira. 2016	O PTS pode ser considerado como uma variação da discussão de caso clínico. Trata-se de um recurso que instrumentaliza as equipes no enfrentamento de situações complexas. Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo e resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial, se necessário.	Brasil (2010)
	O PTS constitui-se de propostas de condutas articuladas a partir da discussão da equipe interdisciplinar direcionadas a atender um sujeito ou coletividade, configurando-se como uma “variação da discussão de ‘caso clínico’ e geralmente é dedicado às situações mais complexas”.	Brasil (2014)
RASCH, Scheila Silva et al. 2016	Um dispositivo de integração e organização das equipes de profissionais da saúde mediante a realização de um plano de cuidado	Nóbrega & Oliveira (2005)

	que engloba atividades terapêuticas de tratamento, de reabilitação e de reinserção social.	
	O PTS se refere, na atenção psicossocial, a uma ferramenta clínica que visa traçar uma estratégia de intervenção para o usuário de acordo com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito, com ampla discussão sobre o problema a ser enfrentado e com o envolvimento de diversos atores no processo de cuidado.	Onocko-Campos & Gama (2008)
CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira.	Um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, incentiva a prática de discussão coletiva interdisciplinar, a reunião em equipe como um espaço de diálogo e a construção de intervenções compartilhadas.	Brasil (2009)
2016		
	PTS como um instrumento de forma a articular ações, saberes, práticas e sujeitos na construção de uma atenção integral, resolutiva e humanizada, conforme diretrizes estabelecidas em documentos técnicos, as quais apoiam as ações, reflexões e práticas dos profissionais de saúde para além da atenção à saúde mental.	Brasil (2009; 2007; 2004)
RODES, Carolina Hart et al.	Não tem declarado	Não tem declarado
2017		
ANSCHAU Fernando et al.	O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um paciente, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar	Brasil (2007)
2017		

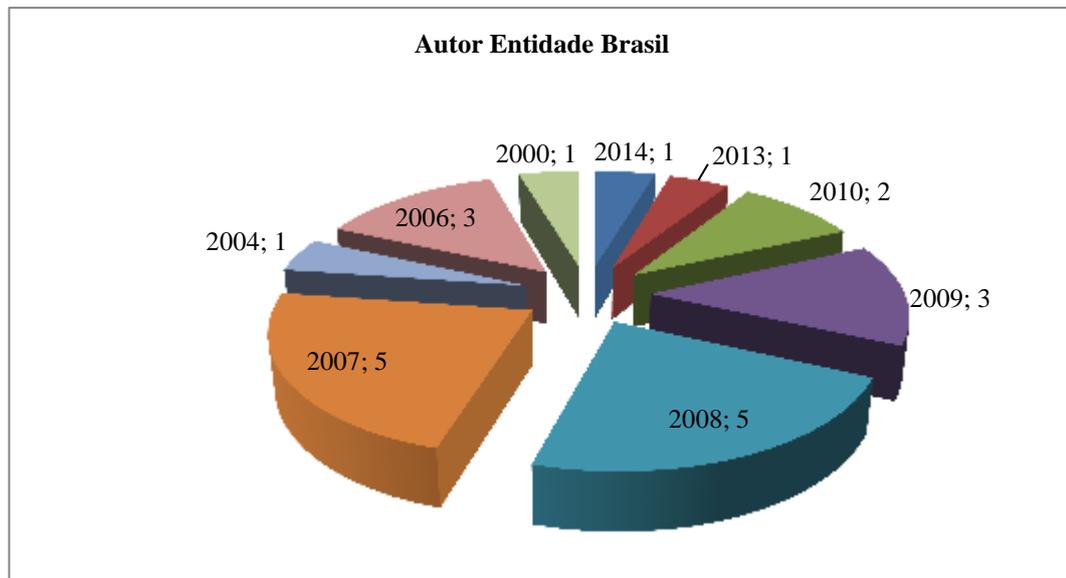
Fonte 17 – O Autor (2018)

Dos 40 estudos analisados, apenas seis não trazem uma definição do que é o PTS, porém traz a ação, potencialidades e/ou limites do seu uso conforme será apresentado mais adiante.

Dos 34 estudos que trazem a definição de PTS, o autor Gustavo Tenório Cunha foi mencionado três vezes, o autor Gastão Wagner de Sousa Campos foi mencionado quatro vezes e o autor Gustavo Nunes de Oliveira foi mencionado sete vezes. O autor entidade Brasil

(Ministério da Saúde, com ênfase nas produções da PNH) apareceu 21 vezes conforme exemplifica o gráfico 12 a seguir:

Gráfico 12 - Distribuição do Referencial teórico do Ministério da saúde (Entidade autor Brasil) segundo ano de publicação



Fonte 18 – O Autor (2018)

Das definições elucidadas, 21 definições de PTS são do Ministério da Saúde (autor Entidade Brasil) e são encontradas em vários documentos ministeriais conforme a tabela 5 na respectiva ordem dos estudos analisados:

Tabela 5 - Descrição do Referencial teórico do Ministério da saúde (Entidade autor Brasil) referente ao PTS

Autor (es) / Ano de publicação	Referencial teórico do PTS/ ano
BARRENSE, Diego Dias. 2010	Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS, 4ª ed. Ministério da Saúde, Brasil, 2008.
NOVAES, Maria Rita C. Garbi. 2012	Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil, 2006.
LOPES, Verônica Cavalcanti et al. 2012	Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Caderno de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Brasil, 2006.
LOPES, Verônica Cavalcanti et al. 2012	Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasil, 2008.
DORIGATTI, Alcir Escocia et al. 2014	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde, Brasil, 2007.

RABELLO, Rita de Cássia Ferreira.	Portaria nº106, de 11 de fevereiro de 2000. Brasil, 2000.
2014	
FERREIRA, Anderson Borges.	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasil, 2008
2014	
GRIGOLO, Tania Maris; PAPPANI, Camila.	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasil, 2007.
2014	
HAHN, Giselda Veronice.	Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasil, 2008.
2015	
HAHN, Giselda Veronice.	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasil, 2009.
2015	
DA SILVA, Adriana Ferreira et. al.	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde, Brasil, 2008.
2015	
CORREIA, Marcius Vinicius Gonçalves.	Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, Ministério da Saúde, Brasil, 2013.
2016	
BELOTTI, Meyrielle; LAVRADOR, Maria Cristina Campello.	Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2006.
2016	
KINKER, Fernando Sfair.	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, Ministério da Saúde, Brasil, 2007.
2016	
CORDOVIL, Alzilene Pereira.	Diretrizes do NASF. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Ministério da Saúde, Brasil, 2010.
2016	
CORDOVIL, Alzilene Pereira.	Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Vol. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho no cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Ministério da Saúde, Brasil, 2014.
2016	
CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira.	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde, Brasil, 2009.
2016	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde, Brasil, 2007. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Ministério da Saúde, Brasil, 2004.
CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira.	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2016	
ANSCHAU Fernando et al.	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde, Brasil, 2007.
2017	

Fonte 19 – O Autor (2018)

Dos documentos ministeriais cujo autor Entidade é Brasil, a cartilha “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular” (2007) apareceu cinco vezes e a segunda edição 1ª reimpressão (2008) apareceu três vezes.

Referindo sobre as ações e práticas do PTS estão descritas na tabela 6 a seguir:

Tabela 6 - Descrição das ações e práticas do Projeto Terapêutico Singular segundo os estudos analisados

Autor (es)/ Ano de Publicação	Ações e práticas do PTS
MATSUMOTO, Larissa et al. 2007	Não tem declarado
BARRENSE, Diego Dias. 2010	Não tem declarado
SCHONHOFEN, Anielle et al. 2010	Ações para prevenção de câncer de boca em funcionários da referida autarquia.
MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia. 2011	O projeto terapêutico se dá com base nas necessidades de saúde de cada usuário, mediante um esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família com o intuito de promover saúde mental.
PINTO, Diego Muniz et al. 2011	Um condensado das ações em saúde; nele se inscreve a concepção de ser humano que subjaz à prática e às tecnologias que foram ou são desenvolvidas para alcançar os objetivos de cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença pelo portador de transtornos mentais e a melhoria da sua qualidade de vida.
BREDERODES, Fernanda Braz Macedo. 2011	Não tem declarado
PARAGUAY, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra. 2011	Não tem declarado
CARVALHO, Laura Graças Padilha et al. 2012	Iniciamos a primeira etapa do PTS: o acolhimento, que permite a aproximação, o “estar com”, o envolver-se, ou seja, remete a uma atitude de inclusão, devendo estar presente em todas as relações e encontros. O desenvolvimento da autonomia do usuário deve ser incluído nas ações do PTS, pois se efetiva quando a família e as redes sociais se envolvem no cuidado, por meio da troca de informações se concretização das ações. Também é importante que o usuário, família e amigos sejam estimulados à

		liberdade de verbalizar suas ansiedades, seus medos, entre outros, com escuta atenta da equipe.
COMBINATO, Denise Stefanoni; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira.		Não tem declarado
2012		
NOVAES, Maria Rita C. Garbi.		Constituiu-se de visita familiar, formulação de hipóteses para intervenção, definição de metas, discussão das metas entre equipe e família e a reavaliação das intervenções planejadas.
2012		
LOPES, Verônica Cavalcanti et al.		Reuniões com a equipe para definir roteiros como estratégia para formulação do PTS.
2012		
FIGUEIREDO, Mariana Dorsa.		Não tem declarado
2012		
BECKER, Ana Laura Martins et al.		Criar um vínculo entre as instituições responsáveis pelo cuidado da criança.
2014		
LIMA, Rossano Cabral et al.		Não tem declarado
2014		
HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima.		Não tem declarado
2014		
LIMA, Sayonara Arruda Vieira; ALBUQUER-QUE, Paulette CAVALCANTI; Wenceslau, Leandro David.		Não tem declarado
2014		
DORIGATTI, Alcir Escocia et al.		Não tem declarado
2014		
RABELLO, Rita de Cássia Ferreira.		As atividades da vida diária como ser responsável pelo autocuidado, pelo uso de sua medicação, saber circular na comunidade, tão necessárias para a reconstrução da autonomia do usuário é uma das finalidades do projeto terapêutico, devem ser estimuladas e a equipe responsável deve estar alerta para evitar que o cuidado se transforme em controle.
2014		
MOREIRA, Keila Barros.		Não tem declarado
2014		
FERREIRA, Anderson Borges.		Não tem declarado.

2014

GRIGOLO, Tania Maris; PAPPANI, Camila. Não tem declarado

2014

KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaquelina Maria. Está ligada à possibilidade de modificar os papéis vividos, as relações de poder que compõem as cenas sociais, desde a relação terapeuta-paciente até as relações familiares, comunitárias etc.

2015

HAHN, Giselda Veronice. Várias ações e intervenções, destacando-se as reuniões de equipe, os contatos com as equipes dos SR, as visitas domiciliares, a busca ativa e os atendimentos clínicos aos usuários acompanhados.

2015

GRIGOLO, Tania Maris et. al. Não tem declarado

2015

JUCÁ, Adriana Lobo. A proposta é que o projeto seja direcionado com base em alguns eixos norteadores: a centralidade na pessoa, a articulação e parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a priorização do contexto da pessoa, a construção compartilhada e integrada, além da definição de metas com duração previamente acordada.

2015

DA SILVA, Adriana Ferreira et. al. Não tem declarado.

2015

JORGE, Maria Saete Bessa et. al. Não tem declarado.

2015

PINHEIRO, Deyse Modesto. Considera a utilização do PTS como uma tecnologia de cuidado e uma ferramenta importante que deve incluir ações que favoreçam a participação ativa do usuário e seu familiar, promovendo assim maior autonomia e compartilhamento de informação e saberes no sentido de trabalhadores de saúde e usuário, coletivamente com seus familiares, constroem uma proposta de cuidado centrado no usuário.

2015

DA SILVA, Ariná Islaine et al. Os profissionais organizam seu processo de trabalho com o PTS. Por meio desta ferramenta, é garantida a coparticipação e a corresponsabilização dos envolvidos no projeto, assim como a interdisciplinaridade, possibilitando a efetivação de uma clínica ampliada.

2016

SANTOS, Keite Helen dos. O PTS baseou-se nas seguintes intervenções: orientações quanto ao uso de instrumentos para o posicionamento adequado da criança; observação das condições cutâneas e orientações acerca dos cuidados necessários para manter a integralidade da pele; avaliação nutricional; orientações quanto ao desenvolvimento da audição e linguagem, além de estimulações que poderiam ser realizadas, bem como esclarecimentos em relação à importância do seguimento do caso também na rede especializada.

2016

CORREIA, Marcius Vinicius Gonçalves. Apoiar e acompanhar as equipes docentes e gestoras no processo de ensino-aprendizagem dos educandos que apresentam dificuldades no processo de escolarização, decorrentes de suas condições individuais, familiares ou sociais que impliquem prejuízo significativo no processo de ensino-aprendizagem.

2016

Atuar na prevenção das demandas de queixa escolar e promoção da saúde

		escolar.
		Inclui entre suas tarefas o mapeamento, ordenação e levantamento de propostas interdisciplinares que propiciem uma ótica crítica e reflexiva no atendimento à demanda, de forma não medicalizante, não culpabilizante e não patologizante da criança, família e escola.
		O PTS NASE propõe-se um tratamento de psicoterapia familiar para buscar mecanismos que possam reforçar a autoestima, trazer o entendimento do processo fisiológico gastrointestinal, com orientação da nutricionista e fisioterapeuta, enfatizando-se a importância de uma boa nutrição e técnicas de autoconhecimento do controle esfinteriano na criança; persistir com as oficinas de vivência e letramento e buscar na escola atividades como teatro e capoeira para reforço de autoestima e consciência corporal; fazer sessões de acupuntura e tai chi chuã.
BELOTTI, Meyrielle; LAVRADOR, Maria Cristina Campello.		As ações do PTS eram articuladas com a rede de saúde do referido município, sendo esta acionada de acordo com a necessidade e complexidade do caso discutido.
2016		Todas as ações do PTS eram acompanhadas por um profissional que assumia o papel do articulador e potencializador do processo, estabelecendo uma relação de parceria com as redes de apoio.
FERIGATO, Sabrina; SILVA, Michelle Chanchetti.		Disparador para discussões sobre as redes que se podem construir em busca de resolubilidade para as ações das equipes.
2016		
KINKER, Fernando Sfair.		O PTS dialoga com o projeto institucional dos serviços, esteja este explicitamente esboçado por seus atores ou simplesmente vivido por eles sem muita crítica.
2016		
NOGUEIRA, Iara Sescon et al.		Estimula a participação ativa do usuário no processo de saúde-doença, propiciando ao profissional de saúde a organização sistematizada do cuidado, considerando as especificidades do sujeito, além de identificar as necessidades de saúde, o aumento da corresponsabilização por meio da sustentação da autonomia e a construção de vínculo entre os usuários e equipe de saúde.
2016		Uma estratégia para a aplicação do PTS é a intervenção domiciliar que surgiu como uma modalidade alternativa de atenção à saúde da população, incluindo os idosos.
CORDOVIL, Alzilene Pereira.		Desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações.
2016		
RASCH, Scheila Silva et al.		Inúmeras ações, como ofertas terapêuticas de atendimento individual e em grupo; oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades de integração na comunidade; acolhimento noturno para intervenções em situações de crise e, também, repouso e/ou observação; e estratégias de redução de danos dentro e fora do serviço, em articulação com profissionais da atenção básica.
2016		A revisão e um reposicionamento de suas histórias de vida e, igualmente, da relação estabelecida com a substância psicoativa, reverberando e fazendo

	<p>outras redes com outros setores da vida na direção da reinserção e reabilitação social.</p> <p>A transição das queixas iniciais do indivíduo a si próprio, à família e à sociedade para a implicação no tratamento, visando à responsabilização dessas mulheres num projeto pessoal de tratamento para a própria autonomia, a melhoria da qualidade de vida e a cidadania.</p>
<p>CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira.</p> <p>2016</p>	<p>O PTS tem como eixo estratégico de suas práticas não apenas o sujeito da assistência, voltando-se também para o profissional de saúde. O projeto terapêutico permite, por meio da escuta, da possibilidade de expressão de sentimentos e da troca de experiência a aproximação dos profissionais e favorece o cuidado entre si.</p> <p>Possibilidade da realização de processos de educação permanente durante o PTS, por intermédio do apoio matricial à equipe.</p>
<p>RODES, Carolina Hart et al.</p> <p>2017</p>	<p>Para discutir casos complexos, é adequado ao usuário na longitudinalidade do cuidado.</p>
<p>ANSCHAU Fernando et al.</p> <p>2017</p>	<p>A partir de uma avaliação compartilhada, são planejados os procedimentos que ficarão a cargo de cada membro da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência.</p> <p>Já no momento da entrada no hospital, no setor de emergência, a adoção de uma ferramenta para registo do PTS foi de grande relevância para a identificação de ações facilitadoras da alta hospitalar, como por exemplo, dificuldades sociais (pacientes sem residência fixa ou com desagregação familiar).</p> <p>O PTS pôde classificar adequadamente os pacientes e a introdução dessa ferramenta proporcionaram maior acurácia na regulação interna e direcionamento aos leitos, aqui caracterizados como de retaguarda ao setor de emergência. Classificar adequadamente não somente o paciente quanto a sua gravidade na porta de entrada do hospital (setor de emergência), mas também de acordo com as suas necessidades assistenciais é de grande relevância para o planejamento terapêutico e necessita de um claro entendimento dos profissionais sobre essa classificação.</p>

Fonte 20 – O Autor (2018)

Dos 40 estudos analisados, 25 apresentaram ações ou práticas do PTS. A partir dessa análise, os estudos apontaram que as ações do PTS consistem na interação profissional de todos os atores envolvidos na ação de cuidado ao usuário, incluindo a corresponsabilidade dos mesmos (sejam usuário, família e equipe) (DA SILVA et al.,2016; BELOTTI; LAVRADOR,2016; NOGUEIRA et al., 2016; CORRÊA,2016; MORORÓ; COLVERO;MACHADO,2011), visando mudanças na relação de poder (KINKER; IMBRIZI, 2016), sendo o usuário/paciente o protagonista de todo o processo, do início ao fim do PTS, ressaltando a criação do vínculo, o acolhimento, escuta qualificada. As reuniões de equipe são apontadas como o primordial espaço coletivo de reflexão, discussão e compartilhamento do PTS (CORDOVIL, 2016; HAHN, 2016; LOPES et al.,2012;) que incluem também ações preventivas em saúde, além de ações de tratamento e reabilitação (SCHONHOFEN et

al.,2010). Os estudos reforçam que ações do PTS devem favorecer a participação interdisciplinar em articulação dos recursos contidos no território que vive o sujeito, priorizando o seu contexto (CARVALHO et al.,2016; PINHEIRO, 2015).

O estudo de Grigolo et al. (2015) elucida as diversas ferramentas que podem fazer parte do PTS, e devem ser definidas segundo os objetivos terapêuticos, alguns exemplos são: acolhimento, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, assembleias e atividades para fora do serviço, para que o sujeito possa envolver-se com outros espaços relacionados à cidade, isto é, ofertas e propostas que promovam o vínculo com outros territórios existenciais

As ações devem estar em articulação com a rede de serviços de saúde e com a educação, inovando o uso do PTS, como demonstra o estudo de Correia (2016) onde foi utilizado o instrumento do PTS como proposta para a intervenção e criou o PTS denominado "Núcleo de Apoio à Saúde Educacional". Foi criado um nome para o PTS ficando "Projeto Terapêutico Singular Núcleo de Apoio à Saúde Educacional" que tem como objetivo o entendimento da queixa escolar e busca desenvolver ações preventivas sobre essa demanda e promotoras de saúde escolar das crianças na escola visando o mapeamento, ordenação e levantamento de propostas interdisciplinares que propiciem uma ótica crítica e reflexiva no atendimento à demanda, de forma não medicalizante, não culpabilizante e não patologizante da criança, família e escola.

Outra inovação da ação do PTS é o apontado pelo estudo de Nogueira et al. (2016) onde se usou a aplicação do PTS como estratégia na intervenção domiciliar que surgiu como uma modalidade alternativa de atenção à saúde da população, incluindo os idosos visando estimular a participação ativa do usuário no processo de saúde-doença, propiciando ao profissional de saúde a organização sistematizada do cuidado.

O estudo de Corrêa (2016) traz que a outra prática importante, reconhecida na literatura científica nacional, relaciona-se à possibilidade da realização de processos de educação permanente durante o PTS, por intermédio do apoio matricial à equipe. Nesse mesmo estudo, a autora aponta a construção de uma proposta de intervenção participativa a partir do referencial teórico do PTS. Corrêa (2016) apud Melo et al. (2013) considera o próprio PTS uma estratégia inovadora do SUS, a qual busca ampliar o olhar para o usuário, transforma as práticas de cuidado e promove atenção integral centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social.

Por fim, a outra inovação apontada é o uso do PTS no setor de emergência de um hospital geral como foi apresentado no estudo de Anschau et al. (2017), ressaltando que no setor de emergência, a adoção de uma ferramenta para registro do PTS foi de grande

relevância para a identificação de ações facilitadoras da alta hospitalar, como por exemplo dificuldades sociais.

Nos 40 estudos analisados, foram elucidadas potencialidades e possibilidades do PTS bem como alguns limites e algumas dificuldades conforme a descrição da tabela 7 a seguir:

Tabela 7 - Descrição das Potencialidades e Limites do PTS apresentado pelos estudos analisados

Autor (es)/ publicação	Ano de	Potencialidades/possibilidades	Limites/ dificuldades
MATSUMOTO, Larissa et al.	2007	Não tem declarado	Não tem declarado
BARRENSE, Diego Dias.	2010	O PTS é visto atualmente como um meio de produzir cuidado que não se dissocia do processo de organização do trabalho da equipe, sendo uma ferramenta estimulada pela PHN.	Não tem declarado
SCHONHOFEN, Anielle et al.	2010	A utilização da filosofia de um PTS mostrou-se como uma experiência que fez os alunos se preocuparem com a promoção da saúde em nível coletivo bem como compreenderem a necessidade da interdisciplinaridade no cuidado com a saúde bucal. Trabalhar com PTS faz o aluno descrever e pensar sobre o problema e buscar soluções práticas com uma equipe multidisciplinar para solucionar diversos problemas de saúde enfrentados nos campos de estágio.	Não tem declarado
MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia.	2011	Constituem-se como um instrumento para melhorar as condições de vida e recuperar a autonomia. Os profissionais ficam frente aos desafios de construir outro tipo de cuidado a partir do PTI considerando aspectos além da doença, muitas vezes não ensinados e valorizados nos cursos e universidades.	Não tem declarado
PINTO, Diego Muniz et al.	2011	Incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Outros avanços a serem destacados no processo dizem respeito à flexibilização e à participação, ou seja, configura-se numa (re) construção coletiva, a qual pode ser modificada conforme as necessidades.	Não tem declarado

	<p>Busca atender a demandas de saúde complexas e por isso conta com a equipe multidisciplinar, articulando saberes, práticas e conhecimento dos equipamentos comunitários, possibilitando a inserção do usuário em seu próprio meio.</p> <p>Refletem as concepções sobre produção do cuidado formatadas com base nas ações em saúde.</p>	
<p>BREDERODES, Fernanda Braz Macedo.</p> <p>2011</p>	<p>Possibilita a construção da história clínica do sujeito a ser cuidado, entre outros elementos da referida história se observa o sentido da doença para o usuário, suas singularidades, os projetos de vida e desejos, as atividades de laser. (BRASIL, 2006 apud BREDERODES, 2011).</p>	Não tem declarado
<p>PARAGUAY, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra.</p> <p>2011</p>	<p>A elaboração do PTS tem este aspecto de revelar e colocar em discussão as práticas e os processos de trabalho, sendo que este movimento reflexivo pode tanto ser visto como ameaçador quanto como um momento de aprendizado, de educação continuada e de compartilhamento de novos significados.</p> <p>Considera o PTS uma forma de ampliar e humanizar o cuidado, trabalhando com o contexto social e familiar, fora das quatro paredes do consultório e coloca a importância desta abordagem interdisciplinar no planejamento terapêutico.</p>	Não tem declarado
<p>CARVALHO, Laura Graças Padilha et al.</p> <p>2012</p>	<p>Possibilita a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia.</p> <p>Possibilita esclarecimentos sobre o transtorno mental, sobre a qualidade do serviço oferecido, favorecendo a avaliação crítica do tratamento recebido por parte da usuária e de seus familiares.</p> <p>Destacamos como a maior potencialidade desse processo a aprendizagem adquirida, tanto por nós, futuras profissionais, quanto pela pessoa em estudo e sua família.</p>	<p>Ao construir o projeto, identificamos algumas dificuldades, como a distorção entre teoria e prática acerca do novo modelo e os dispositivos usados, como a ausência da aplicabilidade do PTS na rotina dos serviços que atendem essas pessoas.</p>
<p>COMBINATO, Denise Stefanoni; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira.</p> <p>2012</p>	<p>Escolher o profissional com maior vínculo com o paciente para conduzir o PTS (sabendo que vínculo implica conhecimento e afeto) significa considerar que os aspectos subjetivos compõem o modo de fazer o trabalho em saúde.</p>	Não tem declarado

NOVAES, Maria Rita C. Garbi.	A utilização do PTS trouxe mudanças à família deste relato, que apresentava morbidades acentuadas pelo conflito intergeracional e dificuldades para a resolução de problemas no que corresponde às ações de saúde, à qualidade de vida e ao planejamento familiar. O trabalho multidisciplinar e o estreitamento da relação família/equipe de saúde foram fatores positivos e determinantes na redução dos conflitos e agravos presentes na família.	Não tem declarado
2012		
LOPES, Verônica Cavalcanti et al.	Fazer PTS deve ser um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o (s) usuário (s) em torno de uma situação de interesse comum. Deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilidade, entre os sujeitos no PTS. Deve ser centrado no usuário, em todas as suas necessidades e contexto, flexível às mudanças de cada momento de vida e ser reavaliado periodicamente	Não podemos visualizar o PTS como o suficiente para provocar mudanças nos modelos e na gestão, nem também ser a solução para as práticas das equipes nem tão pouca uma medicalização da sociedade.
2012		
FIGUEIREDO, Mariana Dorsa.	Tomar o PTS como dispositivo significa entender que não se trata de um protocolo ou uma ficha a ser preenchida, mas de um projeto, uma perspectiva de mudança que aponta para o futuro, e que vai se constituir de forma flexível às transformações que as demandas dos pacientes e os imprevistos inerentes à vida impõem. Isso implica em compromisso da equipe para avaliar o andamento das propostas, discutir seus alcances e propor mudanças.	
2012		
BECKER, Ana Laura Martins et al.	Não tem declarado	Não tem declarado
2014		
LIMA, Rossano Cabral et al.	Não tem declarado	Não tem declarado
2014		
HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima.	Não tem declarado	Não tem declarado
2014		
LIMA, Sayonara Arruda Vieira; ALBUQUER-QUE, Paulette CAVALCANTI; Wenceslau, Leandro	Não tem declarado	Não tem declarado

David.

2014

DORIGATTI, Escocia et al.	Alcir	Não tem declarado	Não tem declarado
----------------------------------	--------------	-------------------	-------------------

2014

RABELLO, Rita de Cássia Ferreira.		Não tem declarado	Não tem declarado
--	--	-------------------	-------------------

2014

MOREIRA, Keila Barros.		PTS exige a ampliação dos modos de ver o mundo e de avaliar os processos de adoecimento e saúde.	Não tem declarado
-------------------------------	--	--	-------------------

2014

FERREIRA, Borges.	Anderson	O PTS como uma prática de gestão e intervenção do cuidado de modo mais humanizado buscando torna-lo mais qualificado e resolutivo nas suas práticas necessitando para isso a base em uma clínica ampliada de saúde desenvolvida por uma equipe de referência.	Não tem declarado
--------------------------	-----------------	---	-------------------

2014

GRIGOLO, Tania Maris; PAPPANI, Camila.		<p>A utilização do PTS na clínica psicossocial visa propiciar uma atuação integrada da equipe no processo de trabalho dos CAPS.</p> <p>O PTS proporciona discussões sobre casos mais complexos, com objetivo de propor condutas terapêuticas articuladas em cuidado singularizado.</p>	No CAPS II a equipe relata diversas dificuldades na utilização deste recurso, muitas vezes apenas utilizado para inserir o usuário em um cronograma de atividades, sem discussão sobre o caso, sem elaboração de metas, ou seja, não se constituindo em um PTS, mas em uma lista de atividades. As discussões demonstraram conhecimento da equipe sobre o PTS, mas limitações na prática.
---	--	--	---

2014

KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaquelina Maria.		Sua potência em produzir intervenções culturais e transformação social.	Não tem declarado
--	--	---	-------------------

2015

HAHN, Giselda Veronice.		As reflexões oportunizadas pelos encontros de PTS e a necessidade de ampliar o olhar das equipes sobre o usuário para realizar um acompanhamento integral deixaram-nas frente a frente com a dificuldade em acionar outros serviços para promover a atuação interdisciplinar em saúde.	Também foram considerados problemas para a implantação do PTS, a necessidade de garantir o sigilo da equipe em relação aos detalhes de cada caso, como também, a possibilidade de ter que explicar à comunidade a participação de um usuário nas reuniões das equipes.
--------------------------------	--	--	--

2015

GRIGOLO, Tania Maris et. al.		Essa tríade (Projeto/Terapêutico/Singular) possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre a pessoa em sofrimento psíquico, seu técnico de referência e demais	Não tem declarado
-------------------------------------	--	---	-------------------

2015

profissionais de acordo com as suas necessidades e demandas.

PTS visa possibilitar a discussão nas reuniões de equipe com um “novo olhar” sobre os modos de isolamento e distanciamento dos familiares em seus saberes e recursos promovendo discussões frequentes sobre o modo de estabelecer estas relações entre todos os envolvidos.

Enfatizamos que as equipes resgatem, através do dispositivo do PTS, a dimensão subjetiva e terapêutica envolvida em todo processo de cuidado e de sofrimento psíquico principalmente quando dialogarem sobre o conceito de PTS que utilizarão em suas práticas.

Possibilita a ampliação da gestão do cuidado, num exercício corresponsável e compartilhado. Um processo produtivo na injeção de trabalhadores, de diferentes formações e núcleos e usuários com o compromisso em subverter lógicas pré-estabelecidas, permitindo a dimensão inventiva e criativa dos caminhos e produções para o cuidado.

<p>JUCÁ, Adriana Lobo. 2015</p>	<p>O PTS é abordado como tecnologia inscrita na lógica do trabalho em equipe interdisciplinar, tendo como referência prática as equipes de saúde na AB (OLIVEIRA, 2010 apud JUCÁ,2015)</p>	<p>Fica claro ao longo dos discursos das equipes que há uma descaracterização dos PTS em detrimento da discussão simples de casos.</p>
<p>DA SILVA, Adriana Ferreira et. al. 2015</p>	<p>Não tem declarado</p>	<p>Não tem declarado</p>
<p>JORGE, Maria Salete Bessa et. al. 2015</p>	<p>Não tem declarado</p>	<p>Dificuldades em desenvolver o PTS como o suporte no cuidado interdisciplinar, com a valorização da dimensão subjetiva e incentivo à participação do usuário.</p> <p>As dificuldades em efetivar o apoio matricial e em construir o PTS estão também relacionadas à deficiência de espaço físico para que sejam realizadas as reuniões, desarticulação da rede assistencial de atenção primária e terceirização dos profissionais, que induz a maior rotatividade de profissionais, tanto no CAPS quanto na ESF, repercutindo na ampliação do vínculo e apreensão dos problemas do território.</p>

PINHEIRO, Modesto.	Deyse	<p>O PTS pode ser pensado tanto para um indivíduo quanto para um coletivo e requer das equipes um processo de trabalho estruturado que favoreça o encontro entre os profissionais para a construção e continuidade deste.</p> <p>Ferramenta eficaz para a potencialização do acesso e do cuidado integral e resolutivo na ESF, evidenciando o sujeito para além de um portador de doenças e/ou enfermidades, considerando sua identidade, singularidades, subjetividades, narrativas e história de vida, que serão também determinantes do seu processo de saúde e doença.</p>	<p>Dificuldades durante a construção do PTS, que perpassaram desde a ineficácia e dificuldade de acessar instituições do território, até ao difícil processo de desconstrução de lógicas de cuidado centralizadas primordialmente na clínica e protocolos específicos, que permitem escapar a vida pulsante de cada sujeito que busca o serviço de saúde nas suas mais diversas formas.</p>
2015			
DA SILVA, Ariná Islaine et al.		<p>Os profissionais organizam seu processo de trabalho com o PTS, possibilitam o trabalho interdisciplinar, garantem a qualidade na integração entre os pontos da RAS e proporcionam melhora do vínculo entre profissionais, usuários e gestor.</p> <p>PTS é relevante no cuidado oferecido pela ESF, pois auxilia na gestão do cuidado às pessoas, valoriza a singularidade destes no momento em que considera seu modo de ser, pensar e agir, ou seja, valoriza o que há de único na pessoa, considera a junção do conceito de sujeito do inconsciente e sujeito de direitos.</p>	<p>Dificuldades devido ao contexto da organização do processo de trabalho na instituição, na qual podemos citar a falta de profissionais, demanda elevada e falta de recursos materiais para a elaboração do projeto. O contexto que revela se uma equipe está completa ou não, se há profissional novo e desconhecedor do PTS, torna-se um indicador essencial para análises de possibilidades ou não da execução do PTS.</p> <p>A dificuldade para organizar o trabalho em equipe tem sido um entrave ao aplicar o PTS na rotina.</p>
2016			
SANTOS, Keite Helen dos.		<p>Permite um melhor entendimento do sujeito para que as ações de intervenções sejam definidas, tratando-se de uma ação direcionada para grupos, famílias e indivíduos, objetivando-se a singularidade de cada situação, considerando as diferenças e individualidades de cada usuário ou grupo (CAMPOS, 2010 apud SANTOS,2016).</p> <p>Favorece as discussões de caso, contribuindo para o desenvolvimento das várias profissões e de suas especificidades e permitindo a reflexão sistematizada sobre o cuidado prestado.</p>	Não tem declarado
2016			
CORREIA, Marcius Vinicius Gonçalves.		<p>Estreitar o diálogo intersectorial educação-saúde, em busca de conhecimentos neurofisiológicos da aprendizagem não medicalizante que possam potencializar a individualidade dentro da coletividade e promover a saúde escolar.</p>	Não tem declarado
2016			

<p>BELOTTI, Meyrielle; LAVRADOR, Maria Cristina Campello.</p> <p>2016</p>	<p>O PTS se mostrou útil para mediar relações e estabelecer um diálogo entre a equipe de saúde, os usuários e os cuidadores, proporcionando a construção de decisões e tarefas definidas de modo compartilhado, favorecendo o envolvimento e a responsabilização de todos no cuidado do sujeito com sofrimento psíquico.</p> <p>Com o passar das discussões em torno da construção dos PTS, percebeu-se um aprimoramento do olhar sobre o cuidado em saúde mental.</p>	<p>A dificuldade da participação dos médicos nos encontros de matriciamento, visto que a inserção desse profissional poderia enriquecer as discussões e elaborações do PTS.</p> <p>Algumas dificuldades foram surgindo durante a elaboração e implantação dos PTS, tais como: busca de respostas imediatas e prontas que visavam à cura e que remetiam ao modelo biomédico; criação de vínculo com os usuários e cuidadores envolvidos; respeito às escolhas e ao tempo dos usuários; escuta qualificada comprometida; respeito à singularidade.</p>
<p>FERIGATO, Sabrina; SILVA, Michelle Chanchetti.</p> <p>2016</p>	<p>A socialização de PTS pode funcionar como um analisador importante desse novo modelo, bem como de suas tecnologias de cuidados: a clínica interdisciplinar, o trabalho em rede, a atenção aos familiares, ações no território, etc.</p>	<p>Não tem declarado</p>
<p>KINKER, Fernando Sfair.</p> <p>2016</p>	<p>Não cabe em formulários e registros de atendimento; ele é um processo dialógico e dinâmico cuja imensidão é inexprimível, não cabendo em fichas. Essas podem ajudar na organização do processo, mas não representam o processo na sua totalidade.</p> <p>É muito mais que um conjunto de estratégias e procedimentos estabelecidos pelas equipes de cuidado e pelas instituições. Ele é o próprio fazer junto aos usuários. Ele não se confunde com o conjunto de procedimentos que as unidades de saúde oferecem aos usuários, embora possam fazer uso disso.</p>	<p>Não tem declarado</p>
<p>NOGUEIRA, Iara Sescon et. al.</p> <p>2016</p>	<p>Uma valiosa ferramenta para intervenções contextualizadas e constitui-se em terreno fértil para avaliação da qualidade.</p>	<p>Não tem declarado</p>
<p>CORDOVIL, Alzilene Pereira.</p> <p>2016</p>	<p>A relevância desta ferramenta é demonstrada na fala de uma participante que aponta os benefícios da construção de um PTS para a resolutividade das necessidades demandadas pelos usuários do serviço, exaltando a característica fundamental do trabalho em equipe e interdisciplinaridade.</p>	<p>Não tem declarado</p>

<p>RASCH, Scheila Silva et al.</p> <p>2016</p>	<p>Destacamos no processo do PTS a utilização de diversas redes pelas esferas municipais, estaduais e federais, de forma consoante com o que preconiza o Ministério da Saúde.</p> <p>O PTS no cuidado em Saúde Mental, articulado ao trabalho em rede e focado nas necessidades femininas, representa um projeto de vida capaz de fortalecer vínculos e redirecionar os sujeitos — em particular, as mulheres —, em um reposicionamento de suas histórias de vida e de sofrimento psíquico, ao propiciar uma atenção singularizada e acolhedora.</p>	<p>Não tem declarado</p>
<p>CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira.</p> <p>2016</p>	<p>O fazer teórico-prático do PTS possibilita ampliar a análise das práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro com alicerce teórico e aplicável ao cotidiano dos serviços de saúde.</p> <p>PTS como estratégia de organização e atenção de seu cotidiano de trabalho.</p> <p>Para Oliveira (2007) apud CORRÊA (2016), ao apropriar-se do PTS como estratégia de atenção na saúde coletiva, almeja-se enfrentar as dificuldades em organizar o trabalho dos profissionais em equipe e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica com centralidade no sujeito.</p> <p>O PTS permite pensar alternativas às formas de atenção e gestão vigentes, além abrir novas possibilidades de produzir práticas a partir da experiência de cada sujeito envolvido no projeto terapêutico (BRASIL, 2009; OLIVEIRA, 2010 apud CORRÊA, 2016)</p> <p>Com a implantação do projeto terapêutico a equipe reflete, no processo de cuidar, sobre o contexto de vida dos usuários e planeja intervenções para responder às necessidades de saúde do sujeito em seu contexto social.</p>	<p>Não tem declarado</p>
<p>RODES, Carolina Hart et al.</p> <p>2017</p>	<p>No PTS, parte dos entrevistados destacaram a flexibilidade e “possibilidade de adaptação constante” dos objetivos terapêuticos.</p> <p>“Ele é dinâmico [...] tem sempre que reavaliar e reactualuar”.</p>	<p>Dificuldade de aplicação prática dessa ferramenta.</p> <p>No PTS, partes dos entrevistados disseram que “é um pouco difícil eu seguir aquilo [...] que a gente [...] planejou”. Às vezes há falha de comunicação e acaba se</p>

	A flexibilidade do PTS permite justamente mais propriedade no seu uso, adequando a assistência ao contexto de necessidade de saúde do usuário.	perdendo porquê [...].
ANSCHAU Fernando et al. 2017	O PTS possibilita um olhar multidisciplinar para iniciar o processo do cuidado a cada paciente admitido na unidade (BRASIL, 2007 apud ANSCHAU et al.,2017). O PTS, como ferramenta multidisciplinar, foi a estratégia usada para qualificar a identificação dos diversos aspectos que deveriam ser abordados para um cuidado integral do paciente na internação e no plano de alta, com o envolvimento do próprio paciente e de familiares quando necessário.	Não tem declarado

Fonte 21 – O Autor Entidade (2018)

Os estudos analisados apontaram como potencialidades do PTS a flexibilidade (RODES et al.,2017), o auxílio na organização do processo de trabalho e na gestão, a valorização da singularidade do usuário (DA SILVA et al.,2016), a abertura para promoção de discussão ampliada de cada caso, além das possibilidades de estreitar o diálogo intersetorial (CORREIA, 2016) e interdisciplinar (FERIGATO; SILVA, 2016; CORDOVIL,2016). Explicita também seu potencial como elemento que promove a articulação dos serviços de saúde com usuários, equipe e família (BELOTTI; LAVRADOR, 2016) possibilitando intervenções contextualizadas e significativas, que geram a transformação cultural e social (FERIGATO; SILVA, 2016; KINKER; IMBRIZI, 2015). Além de o PTS possibilitar a ampliação nos modos de ver o mundo (MOREIRA, 2014), o outro, através do trabalho multidisciplinar, potencialmente melhorando as condições dos sujeitos individuais e coletivos que se beneficiam desse dispositivo.

Como limites e dificuldades do PTS, os estudos apontaram que os serviços ainda não estão preparados para sua incorporação plena, entre outras razões pela falta a disponibilidade dos profissionais, falta de tempo, de organização e operacionalização do PTS (RODES, et al, 2017; DA SILVA et al.,2016; GRIGOLO; PAPPANI, 2014) além do desconhecimento acerca do PTS e sua finalidade (CARVALHO et al.,2012; JUCÁ,2015). Outra dificuldade levantada é em organizar o trabalho em equipe da forma como se propõe para o funcionamento do PTS, visto que, encontra-se dificuldade para inclusão da categoria médica

na construção do PTS em contextos em que ainda é hegemônica a visão biomédica e medicalizante dos serviços de saúde (BELOTTI; LAVRADOR, 2016).

Alguns estudos ainda apontaram alguns desafios do PTS, como Kinker, Imbrizi (2015), que reforçam que a noção de projeto deixa de ser transcendente para ser imanente, pois, mesmo com as luzes sempre frágeis e transitórias, o percurso terapêutico pode ser considerado um processo de pesquisa de novas possibilidades de vida, a serem construídas no caminhar junto ao sujeito, produzindo novas relações e modificando as cenas sociais. Além das oficinas que devem deixar de ser aplicadas como remédio, o PTS deve deixar de ser um conjunto de procedimentos com a intencionalidade de buscar a normalização dos sujeitos.

Hahn (2015) os dados indicaram que a inclusão do PTS no conjunto de estratégias tradicionalmente utilizadas pelos serviços na atenção ao usuário com tuberculose que não aderente ao tratamento configurou-se num desafio para os profissionais de saúde que atuam nesse contexto. Ou seja, o reconhecimento das dificuldades para levar em conta as singularidades dos usuários não aderentes ao tratamento sugere o desenvolvimento de um olhar crítico sobre o *modus operandi* vigente pelas equipes envolvidas. Hahn (2015) destacou, principalmente, os modos vigentes de gestão, isto é, a estrutura que dá sustentação ao trabalho. A autora continua dizendo que inicialmente, o desafio foi promover a adesão dos profissionais à proposta de utilização do PTS, que envolvia colocar em ação uma nova tecnologia. O *modus operandi* da atenção básica ainda fortemente marcada pelo modelo biomédico, aliado às deficiências na infraestrutura dos serviços, à falta de interlocução entre eles e à precariedade das ações de referência e contra referência foram entraves importantes ao pleno desenvolvimento dos PTS.

Dorigatti et al. (2014) diz que grande desafio está em permitir a aposta nesta forma de organização da assistência por toda a equipe, possibilitando ofertar ao paciente um momento de escuta e orientação terapêutica de acordo com suas próprias demandas, muitas vezes não observadas numa consulta de rotina.

Mororó, Colvero e Machado (2011) foi possível identificar que os principais desafios enfrentados por esses profissionais na construção dos projetos terapêuticos são a constituição de uma integralidade efetiva entre os diversos profissionais da equipe e entre os diferentes plantões, organização de espaços sistemáticos para construção e reavaliação dos projetos entre todos os membros da equipe e registros mais rigorosos das intervenções dos profissionais nos prontuários para facilitar a circulação das informações entre os profissionais. E para todos os profissionais permanecem os desafios de construir outro tipo de cuidado a partir dos projetos

terapêuticos individuais, considerando aspectos além da doença, muitas vezes não ensinados e valorizados nos cursos das universidades.

Na tabela 8 a seguir estão descritos o que os estudos se referem sobre a construção do PTS:

Tabela 8 - Descrição dos que os estudos analisados trazem acerca da construção do PTS

Autor (es)/ publicação	Ano de Construção do PTS
MATSUMOTO, Larissa et al.	Durante uma reunião, buscou-se a troca de informações para a construção do PTS estabelecendo uma ponte entre os serviços primário e terciário.
2007	
BARRENSE, Diego Dias.	Com relação à proposta de construção de PTS, partimos da compreensão de que seria uma estratégia a ser apresentada à ESF propondo a construção de cuidado a pessoas em sofrimento psíquico de modo singularizado, tendo em vista o intuito de valorização do contexto comunitário onde vivem esses usuários, trazendo por outro lado novidades e desafios à organização do processo de trabalho, à medida que exigiria ações no sentido de uma dinâmica efetivamente compartilhada em equipe.
2010	
	A construção de PTS tem quatro momentos, a saber: o diagnóstico, no qual são traçadas avaliações psicológicas orgânicas e sociais; a definição de metas, com propostas a curto, médio e longo prazo; o momento correspondente à divisão de responsabilidades entre os membros da equipe; e o momento da reavaliação, em que se discute o desenvolvimento do caso (BRASIL, 2008 apud BARRENSE, 2010).
	Ao experimentarem o processo de construção de PTS em equipe, os trabalhadores de saúde se abrem às possibilidades de repensarem seus próprios processos de trabalhos, considerando que, atualmente, têm se moldado modos de preponderância de domínios técnicos de conhecimento na produção de atos de saúde (BRASIL, 2008apud BARRENSE, 2010).
SCHONHOFEN, Anielle et al.	Não tem declarado
2010	
MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia.	É essencial que os projetos terapêuticos sejam construídos, reconstruídos e reavaliados periodicamente com o usuário, familiares e a partir da discussão coletiva entre os todos os profissionais da equipe interdisciplinar. Assim, através do diálogo e entendimento mútuo, pode-se estabelecer a relação entre as diversas intervenções e a interação dos profissionais de diferentes áreas, contribuindo para a realização de práticas mais integradas que levem a ações verdadeiramente transformadoras (BRASIL, 2007 apud MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011).
2011	
PINTO, Diego Muniz et al.	O projeto terapêutico é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida. Esse projeto é algo singular, uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/ usuário/família.
2011	

	Outro aspecto importante na construção do projeto terapêutico é o seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento.
BREDERODES, Fernanda Braz Macedo. 2011	<p>A construção do PTS se dá mediante um esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família com intuito de promover saúde mental e visa buscar a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação e contém quatro momentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico: 2. Definição de metas: 3. Divisão de responsabilidades 4. Reavaliação (BRASIL, 2006 apud BREDERODES,2011).
PARAGUAY, Nestor Luiz Bruzzi Bezerra. 2011	<p>Na construção do PTS são definidas as metas de curto, médio e longo prazo, é discutido o papel da coordenação clínica, as responsabilidades da equipe e a dos demais serviços.</p> <p>A construção do PTS estimula os estudantes a discutir os casos de uma forma ampliada e problematizando-os, a fim de buscar novas sínteses e propostas que atravessam estes três campos de saber.</p> <p>PTS é elaborado através de visitas domiciliares e na busca de informações e dos recursos existentes nos serviços de saúde e na universidade.</p> <p>O método para a construção do PTS tem uma das suas vertentes na obra de Basaglia (1979) apud PARAGUAY (2011), a relativização da doença e a busca do ser humano, com toda a sua subjetividade, singularidade e complexidade; crítica ainda a relação médica tradicional em que o curado é objeto (cindido de sua subjetividade) e não sujeito de sua cura (NUNES, 1994 apud PARAGUAY (2011).</p> <p>Campos (2003) apud PARAGUAY (2011), sugeriu que durante a construção do PTS, fossem considerados os interesses, desejos e relações subjetivas entre os diversos atores usuários, alunos e docentes; religando estes a novos espaços, cenários e práticas organizacionais da saúde.</p>
CARVALHO, Laura Graças Padilha et al. 2012	<p>A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário / família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso (BRASIL, 2004).</p> <p>A elaboração conjunta do PTS com a pessoa em estudo e sua família e a validação do projeto por elas proporcionou a transformação da realidade da usuária, que, anteriormente, não tinha consciência do próprio estado de saúde, porém, após essa experiência, pôde obter informações e emitir juízo crítico sobre si mesma, sobre seu tratamento e o modelo de atenção psicossocial.</p>
COMBINATO, Denise Stefanoni; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. 2012	<p>A partir de um diagnóstico (avaliação orgânica e psicossocial), a equipe estabelece metas de curto, médio e longo prazo, e o membro da equipe com melhor vínculo com a pessoa negocia e pactua essas metas. De tempos em tempos, esse projeto é reavaliado e as metas são redefinidas (CARVALHO, CUNHA, 2006 apud COMBINATO; MARTINS, 2012).</p> <p>A negociação e pactuação das metas no PTS devem necessariamente envolver o sujeito: “somente o próprio Sujeito ou um determinado agrupamento podem opinar sobre o que é ou não qualidade de vida para si mesmos” (CAMPOS,2007apud COMBINATO; MARTINS, 2012).</p>
NOVAES, Maria Rita C. Garbi.	Para elaborar o proposto PTS, consideramos que para alcançar resultados terapêuticos positivos, principalmente em doenças crônicas, é muito importante a participação da pessoa doente. Essa participação não pode ser entendida como

2012	<p>uma dedicação exclusiva à doença, mas sim como um processo de mudança de vida onde o usuário é ativo em todo o processo de tomada de decisões (BRASIL, 2009 apud NOVAES, 2012).</p> <p>É construído a partir dos debates entre a família e a equipe multiprofissional de saúde e analisa de forma holística as situações de doença, de vulnerabilidade e os aspectos biopsicossociais, propondo terapêuticas, intervenções e reavaliações (BRASIL, 2006 apud NOVAES, 2012).</p>
<p>LOPES, Verônica Cavalcanti et al.</p> <p>2012</p>	<p>O PTS implica em quatro momentos: Diagnóstico, Definição de metas, Divisão de Responsabilidades e Reavaliação.</p> <p>Formular e operar um PTS demanda a realização de três movimentos: a coprodução da problematização (acesso dos sujeitos à singularidade do caso em discussão); a coprodução de projeto (oferta) e a cogestão/avaliação do processo (garantia de continuidade, de avaliação e de reavaliação do processo terapêutico).</p> <p>A equipe que formular um PTS, além de momentos de discussão em equipe, não pode prescindir do contato direto com o usuário, de vivências com o usuário.</p> <p>Quando um caso se destaca dos outros no serviço de saúde, para a formulação de um PTS, isso ocorre porque já houve um investimento da equipe na tal problemática e não se obteve o resultado esperado (BRASIL, 2010 apud LOPES, 2012).</p> <p>Construir o PTS tem como objetivo direcionar e planejar ações, dividir responsabilidades com a equipe de saúde.</p>
<p>FIGUEIREDO, Mariana Dorsa.</p> <p>2012</p>	<p>A construção de um PTS implica num dado modo institucional de operar, pois ele deve ser resultado de uma discussão coletiva de uma equipe que se coloca como responsável por um conjunto de pessoas ou como já disse uma Equipe de Referência.</p> <p>O PTS pressupõe a participação do sujeito na formulação e andamento do tratamento, afinal não se muda algo para alguém, senão com esse alguém. É esse alguém que vamos acompanhar em seus modos de andar na vida.</p> <p>Cunha (2009) apud FIGUEIREDO (2012) define quatro movimentos na construção de um PTS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definição de hipóteses diagnósticas ou problemas 2. Definição de metas 3. Divisão de responsabilidades 4. Reavaliação <p>Vale lembrar que esses passos para a confecção do PTS não são estanques. Como é um processo relacional e complexo, algumas informações essenciais somente surgem durante o desenvolvimento das intervenções. A compreensão da história do sujeito e do que ele vê como dificuldades e problemas, vão se construindo aos poucos e depende do fortalecimento do vínculo e da confiança.</p>
<p>BECKER, Ana Laura Martins et al.</p> <p>2014</p>	<p>Não tem declarado</p>
<p>LIMA, Rossano Cabral et al.</p>	<p>As equipes destacaram a importância do técnico de referência, figura responsável pela elaboração do PTI, também realizando a ligação com outros</p>

2014	técnicos e atendimentos aos pais. Contudo, a maioria dos profissionais sublinhou a importância de que o PTI da criança seja compartilhado por toda a equipe, não ficando restrito ao técnico de referência. No discurso das equipes, o PTI encontrou-se muito associado à frequência ao serviço e aos espaços internos e atividades externas nas quais a criança será inserida.
HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. 2014	A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2008 apud HORI; NASCIMENTO, 2014). A elaboração do PTS ocorre em momentos de encontro dos sujeitos, e, na organização dos processos de trabalho do NASF, um desses momentos é o apoio matricial. É oportuno reavaliar a quem cabe o quê na formulação e construção de PTS na triangulação APS/NASF/CAPS.
LIMA, Sayonara Arruda Vieira; ALBUQUER- QUE, Paulette CAVALCANTI; Wenceslau, Leandro David. 2014	Não tem declarado.
DORIGATTI, Alcir Escocia et al. 2014	Na elaboração do PTS, é preciso instituir o gerenciamento do caso, isto é, definir uma equipe ou um único profissional responsável pelas articulações necessárias à construção do PTS do portador. Este profissional discutirá com a equipe e familiares, as necessidades dos pacientes, promoverá reuniões com a equipe e reavaliará as intervenções e as necessidades de atenção por meio de todos os serviços e instituições dentro da rede de saúde e fora dela.
RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. 2014	Essas três histórias vividas, nos fazem pensar sobre os princípios e diretrizes do projeto terapêutico singular das residências terapêuticas, como construção da autonomia do usuário na vida cotidiana, ampliação da inserção social, reabilitação psicossocial através de alfabetização, reinserção no trabalho, estímulo para atividades domésticas e pessoais, interação com a comunidade.
MOREIRA, Keila Barros. 2014	Enfatiza a singularidade/diferença como elemento principal em sua construção, assim, demanda da equipe abertura para negociar, rever valores e percepções em prol da produção de vida (OLIVEIRA, 2007 apud MOREIRA, 2014). A proposta é construir um caminho que norteie a singularidade de cada encontro e, principalmente, que seja construído pela equipe de forma interdisciplinar (CUNHA; CAMPOS, 2010 apud MOREIRA, 2014).
FERREIRA, Anderson Borges. 2014	Percebe-se que apesar de valorizar as potencialidades do usuário (desejo e motivação como segundo item mais importante) o foco da construção do PTS está bastante voltado para as dificuldades e problemas que o usuário apresenta, seja pela percepção do profissional, dos familiares ou do próprio usuário. Interessante destacar que destes atores o usuário é aquele com menor relevância para avaliar suas dificuldades conforme os dados coletados, segundo a pesquisa as dificuldades ou problemas percebidos pelo profissional da equipe tiveram 85,7% dos votos e foi considerada a informação mais relevante para construir o PTS, enquanto que as dificuldades relatadas pelos familiares tiveram 57,1% dos votos (ocupando a 3ª posição da informação mais importante), e os problemas e

		dificuldades referidas pelo próprio usuário atingiram 42,8% dos votos.
GRIGOLO, Tania Maris; PAPPIONI, Camila.		O PTS pressupõe um aprofundamento da discussão do problema, das ações e do envolvimento das diversas partes do processo como a implicação da família e os recursos da equipe e do território, assim como do próprio usuário.
2014		O PTS é construído a partir de diversas perspectivas, incluindo a interação entre o usuário e seu profissional de referência. O sucesso do PTS está ligado à ampliação da clínica, garantindo que os planos subjetivos, sociais, familiares e laborais sejam sempre articulados pelo Técnico de Referência (FURTADO; MIRANDA, 2006 apud GRIGOLO; PAPPIONI, 2014).
KINKER, Fernando Sfair; IMBRIZI, Jaquelina Maria.		Os PTS atrelados à política de desinstitucionalização deixam de ser um conjunto de procedimentos para serem um processo complexo, relacional, de construção da vida, com pequenos faróis a serem observados, em que o principal motor e objetivo a ser alcançado está dado a cada momento, não sendo algo distante a alcançar.
2015		
HAHN, Giselda Veronice.		O processo de construção do PTS envolve realizar diversas ações entre os membros da equipe e entre estes e os usuários, incluindo procedimentos técnicos, interações relacionais ou mobilização de afetos. O autor recomenda a elaboração de um contrato ético que garanta um espaço de fala protegido, bem como a solidariedade, o apoio e a humanização das práticas entre os profissionais, para que estes movimentos alcancem os objetivos desejados (OLIVEIRA, 2010 apud HAHN, 2015). Para o desenvolvimento do PTS, é imprescindível a atuação conjunta de toda a equipe de saúde da AB.
2015		
		Possui 4 momentos:
		<ol style="list-style-type: none"> 1) Definir hipóteses diagnósticas 2) Definição de metas 3) Divisão de responsabilidades 4) Reavaliação (BRASIL, 2009; CUNHA, 2010 apud HAHN, 2015)
GRIGOLO, Tania Maris et. al.		Os CAPS através da construção de PTS podem interferir positivamente nas trajetórias de vida dos usuários, se tornando além de barreiras para as internações também fonte de mediação e suporte para sua emancipação.
2015		
JUCÁ, Adriana Lobo.		Dessa maneira o PTS deve se desenvolver a partir da coprodução da problematização; da coprodução de projeto e a cogestão/avaliação do processo. Outro fator importante na construção do PTS é a distribuição de responsabilidades, pois este envolve diferentes etapas como: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação do caso (CUNHA, 2004 apud JUCÁ, 2015).
2015		
		A formulação do PTS pode ser entendida como um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum.
DA SILVA, Adriana Ferreira et. al.		A equipe busca inserir a família na construção do PTS para nortear esse momento do tratamento oncológico, valorizando-a como protagonista no cuidado à criança.
2015		
JORGE, Maria Bessa et. al.		PTS busca atender a demandas de saúde complexas e por isso a equipe multidisciplinar, deve adquirir e trocar conhecimentos, possibilitando também autonomia ao usuário, tornando-o sujeito ativo na construção do processo de saúde e priorizando a qualidade do cuidado (PINTO et al. 2011 apud JORGE, 2015)
2015		

		<p>A construção do PTS, assinada nesse <i>modus operandi</i>, centra-se em acolhimento, escuta e vínculo que, articulados com o AM, consideram o cuidado na atenção primária como necessário para a produção do cuidado em saúde mental.</p> <p>Para compor o PTS, as equipes articulam-se com os dispositivos do território a fim de ampliarem o potencial de resolução dos casos clínicos de saúde mental.</p>
PINHEIRO, Modesto.	Deyse	<p>O campo clínico para a elaboração e efetivação do PTS em saúde traz consigo uma complexidade de relações que se formam à medida que encontros acontecem e para, além disso, exige que o profissional esteja atento, disponível e eticamente livre de concepções pré-concebidas que desprotagonizam e estigmatizam o sujeito.</p>
2015		
DA SILVA, Islaine et al.	Ariná	<p>A elaboração do PTS deve ser conduzida por uma relação entre profissionais-pessoa-família que empodera e serve para consolidação do vínculo e comprometimento entre eles.</p> <p>Abordar a contratualidade entre as pessoas, ou seja, possibilitar que os atores sejam aceitos e reconhecidos enquanto parceiros.</p> <p>Faz-se importante a qualidade das conversas, pois a confiança ajuda a tornar possível a compreensão da história do outro. A construção da confiança é processual e decorre do vínculo, ou seja, da relação afetiva e emocional entre as pessoas;</p> <p>A equipe utilizava como critério para a construção do PTS os casos relacionados à atenção psicossocial em detrimento ao comprometimento orgânico;</p> <p>O contato e o vínculo são fatores condicionantes para a construção do PTS;</p> <p>A organização do PTS se dá em quatro momentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diagnóstico 2) Definição de Metas 3) Divisão de Responsabilidades 4) Reavaliação (OLIVEIRA,2007 apud DA SILVA et al.,2016)
2016		
SANTOS, dos.	Keite Helen	<p>As discussões interdisciplinares entre a equipe de saúde devem ter como finalidade construção de um Projeto Terapêutico Singular, caracterizado pela revisão de diagnósticos com redefinição da articulação de propostas e condutas terapêuticas para um sujeito individual ou coletivo (CAMPOS, 2010 apud SANTOS, 2016).</p>
2016		
CORREIA, Vinicius Gonçalves.	Marcus	<p>Não tem declarado</p>
2016		
BELOTTI, LAVRADOR, Cristina Campello.	Meyrielle; Maria	<p>Sua elaboração ocorre em espaços de discussões, em que todos os saberes são importantes e contribuem para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde.</p> <p>A estruturação do PTS foi desenvolvida a partir das seguintes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) elaboração do diagnóstico situacional, contemplando os aspectos orgânicos, psíquicos e do contexto do sujeito singular; 2) negociação e planejamento das ações com o usuário e seu(s) cuidador(es),
2016		

		sendo que cada ação do projeto possuía prazo de realização e responsáveis para a execução;
		3) reavaliação para ajuste das ações. Cabe ressaltar que o usuário e seu(s) cuidador (es) também possuíam responsabilidades na execução do PTS.
FERIGATO, SILVA, Chanchetti.	Sabrina; Michelle	Com os avanços alcançados, discutimos com ele como construir um PTS que não fique restrito à permanência no CAPS, que explore formas de circulação pelo território que lhe façam sentido.
2016		É importante estarmos atentos ao modo de construção e reavaliação dos PTS, pois, muitas vezes, com a intenção de construir estratégias de produção de cuidado, podemos produzir intervenções que funcionem como estratégias de controle e disciplinarização da vida.
KINKER, Sfair.	Fernando	A formulação do projeto terapêutico é, então, um movimento disperso no tempo, mas que marca espaços transformando-os em lugares com significado.
2016		Compõe um conjunto de etapas que vão do diagnóstico à ação propriamente dita, e à avaliação da própria ação, considerando que, durante o percurso terapêutico, novas demandas surgem, novos caminhos se abrem, novas estratégias e intervenções se fazem necessárias.
NOGUEIRA, Iara Sescon et. al.		Contém quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (SILVA et al., 2016 apud NOGUEIRA, 2016)
2016		
CORDOVIL, Pereira.	Alzilene	Podendo ser estruturado por meio dos momentos de: diagnóstico, definição de metas, responsáveis, avaliação (BRASIL, 2010 apud CORDOVIL, 2016).
2016		Para a elaboração do PTS é fundamental que a equipe conheça o território, o sujeito e a família, assim o vínculo torna-se um aspecto fundamental para que o projeto seja bem elaborado e efetivado.
RASCH, Scheila Silva et. al.		Operacionalmente, o PTS se desenvolve em quatro momentos: diagnóstico; definição de metas; divisão de responsabilidades; e reavaliação.
2016		A atenção adequada às mulheres usuárias de substâncias psicoativas nos serviços de saúde implica necessariamente na construção de um PTS que considere as necessidades femininas, aspectos que podem garantir o acolhimento, o vínculo da mulher com o serviço e a continuação do seu processo de tratamento.
CORRÊA, Vanessa de Almeida Ferreira.		A atenção à saúde no PTS insere o sujeito a ser cuidado como ator principal na construção de seu projeto terapêutico e no desafio de produzir respostas frente às necessidades de saúde identificadas. Dessa forma, o projeto terapêutico apoia-se na proposta de construção de um processo efetivo de reabilitação psicossocial, o qual conduz a uma atenção integral, ética e de cuidado em saúde mental (HIRDES; KANTORSKI, 2000 apud CORRÊA, 2016).
2016		Há, nesse entendimento, a necessidade de valorizar aspectos além da doença na construção do PTS e de se voltar para o cuidado em saúde, mediante práticas que buscam evitar a fragmentação dos sujeitos, das necessidades e das ações (KANTORSKI et al., 2006 apud CORRÊA, 2016).
		No diário de campo, constatou-se a valorização da participação do usuário e do saber popular na fala dos enfermeiros como recursos a serem utilizados na construção do PTS, ainda que o usuário não participasse das reuniões de equipe, as quais possuíam como objetivo a discussão do projeto terapêutico.

RODES, Carolina Hart et. al.	Não tem declarado
2017	
ANSCHAU Fernando et. al.	Enfatiza-se a construção do PTS como atividade rotineira a ser desenvolvida nos serviços de saúde.
2017	

Fonte 22 - O Autor (2018)

Os estudos analisados apontaram que a construção do PTS deve ser conduzida por uma relação entre profissionais-usuários-família, sendo uma construção coletiva que visa o empoderamento dos usuários e trabalhadores (DA SILVA et al.,2016; HORI; NASCIMENTO, 2014; CARVALHO et al.,2012). Abordar a contratualidade entre as pessoas, o contato e o vínculo são fatores condicionantes nessa construção (DA SILVA et al.,2016). Além de ser um dispositivo que favorece as trocas e os momentos de discussões interdisciplinares (BELOTTI; LAVRADOR, 2016) que visam a construção de estratégias de produção de cuidado não restrito à permanência dentro da instituição (FERIGATO; SILVA, 2016), é importante que a construção do PTS seja um processo complexo, relacional, de construção de vida (KINKER; IMBRIZI,2015), ampliando assim inserção social e interação com a comunidade (RABELLO,2014). Ainda afirmam que a construção do PTS deve produzir um caminho que tenha como norte a singularidade do usuário, pois ele é o ator principal desse processo (MOREIRA, 2014; COMBINATO; MARTINS, 2012; NOVAES,2012).

Anschau et al. (2017) evidencia a construção do PTS como atividade rotineira a ser desenvolvida nos serviços de saúde.

Corrêa (2016) enfatiza que para que a prática do PTS aconteça é necessário o vínculo da equipe com o usuário, a definição dos papéis dos profissionais de saúde, a reserva de um tempo fixo para a realização do Projeto e um espaço coletivo para se pensar novas propostas no PTS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009 apud CORRÊA, 2016).

Grigolo et al. (2015) a autora traz que um elemento fundamental para iniciar o PTS é o acolhimento. A partir dele é possível construir o vínculo entre o usuário e profissional, assim como entre usuário e serviço. A pessoa que realiza o acolhimento pode ser aquela de referência do usuário, assim como, a que faz a mediação da construção do PTS.

Ferreira (2014), o autor diz que apesar de valorizar as potencialidades do usuário (desejo e motivação como segundo item mais importante) o foco da construção do PTS está bastante voltado para as dificuldades e problemas que o usuário apresenta, seja pela percepção do profissional, dos familiares ou do próprio usuário. Independente de qual informação é mais relevante o PTS precisa trabalhar atendendo as necessidades do usuário desenvolvendo suas

habilidades e conhecimentos, porém sem que isso reforce a ideia de que o mesmo é um indivíduo doente com necessidades apenas de “melhorias” não explorando o que já possui de positivo. O resgate da autoestima e a reinserção psicossocial do usuário passam por essa valorização do já existente e não somente do que é necessário desenvolver ou readaptar, um dos propósitos do PTS é exatamente essa capacidade de observar o indivíduo em suas qualidades buscando alternativas de desenvolvimento em aptidões do qual é detentor, ainda que nem mesmo ele saiba que possui.

A análise dessa questão evidencia o baixo ou médio protagonismo do usuário frente à construção do seu PTS reconhecido pela própria equipe profissional. É necessário então que haja avanços para que o usuário participe fortemente desse processo segundo a avaliação da própria equipe.

Os estudos apontaram o profissional de referência como um papel importante nessa construção. Grigolo e Pappiani (2014) apud Furtado e Miranda (2006) que o PTS é construído a partir de diversas perspectivas, incluindo a interação entre o usuário e seu profissional de referência. O sucesso do PTS está ligado à ampliação da clínica, garantindo que os planos subjetivos, sociais, familiares e laborais sejam sempre articulados pelo Técnico de Referência. Dorigatti et al. (2014) ressalta que cabe ao profissional de referência, em diálogo com a equipe técnica e o usuário, monitorar o projeto terapêutico individual, fazer contatos com a família do paciente e avaliar periodicamente as metas traçada

Silva et al. (2016) Cunha (2010;2009;2004) Brasil (2010;2009;2006) e Oliveira (2007) apresentam quatro movimentos na construção de um PTS (definição de hipóteses diagnósticas ou problemas; definição de metas; divisão de responsabilidades; reavaliação) todos já explorados no capítulo 1 desta dissertação.

Houve algumas contradições apontadas pelos estudos analisados. Jucá (2015) elucida que fica claro ao longo dos discursos das equipes uma descaracterização dos PTS em detrimento da discussão simples de casos, os serviços podem nomear sua prática de realizações do PTS e, no entanto, trata-se de um trabalho prescritivo (IGNÁCIO, 2011). Nas discussões de caso clínico, os profissionais apenas trocam informações sobre a problemática. Nessas equipes nivela-se o conhecimento que cada um tem a respeito do caso e indicam-se encaminhamentos, não abarcando toda a dinâmica necessária para um PTS.

Moreira (2014) apresenta outra contradição quando fala que as atividades oferecidas aos usuários eram as disponíveis na unidade, o que, por vezes, poderia não despertar o interesse dos mesmos. Não houve a participação do usuário na construção, não condizendo

com o que se espera da formulação do PTS: escuta, negociação, reconhecimento e aceitação da singularidade, empatia, acolhimento.

Grigolo e Pappiani (2014) explicitam que uma das equipes abordadas relatou diversas dificuldades na utilização desse recurso, muitas vezes apenas utilizado para inserir o usuário em um cronograma de atividades, sem discussão sobre o caso, sem elaboração de metas, ou seja, não se constituindo em um PTS, mas em uma lista de atividades. As discussões demonstraram conhecimento da equipe sobre o PTS, mas limitações na prática. Uma das falas reforça que o plano terapêutico daquele serviço é muito institucionalizador: “A gente enche o usuário de atividade aqui dentro, daí a gente se sobrecarrega de atividades, quando a gente precisa fazer um plano terapêutico que inclua a comunidade, os recursos como o clube de mães, a gente não consegue sair. Tanto o usuário quanto a gente tá institucionalizado. Na verdade, nosso discurso deveria ser extramuros”.

Jorge et al. (2017) elucida que em um dos momentos da elaboração do PTS, se observou que o usuário foi convidado a se ausentar do espaço para que os profissionais definissem entre si o seu tratamento. “Ele [usuário] fala muitas vezes uma coisa, mas quer dizer outra, então a gente vê essa necessidade dele, no momento que ele sai, a gente faz essa discussão desse projeto terapêutico, o que é que a gente pode tá encaminhando pra ele, tá até facilitando pra ele (Enfermeiro ESF)”. O autor ainda continua reforçando que, nesse sentido, nega-se a dimensão singular, essência do PTS Ainda complementa que é com amparo no singular que os trabalhadores de saúde podem promover uma relação dialógica e interativa com o usuário, centrando em suas pretensões, suas experiências de vida e de seu processo saúde-doença, opiniões e necessidades, contribuindo, assim, para a constituição de práticas não medicamentais no cuidado em saúde mental.

3.1.2 Literatura cinza

Nesse segundo momento apresentamos a literatura cinza conforme estão descritos na tabela 9 seguir:

Tabela 9 -Distribuição dos estudos analisados segundo base de dados, autor (es)/ano de publicação/ título do estudo, título do periódico, instituição vínculo dos autores, tipo de documento

Base de Dados	Autor (es)/ Ano de Publicação	Título do Estudo	Título do Periódico	Instituição vínculo dos autores	Tipo de Documento
---------------	-------------------------------	------------------	---------------------	---------------------------------	-------------------

BVS Ministério da Saúde	BRASIL 2007	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular 2.ª edição	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde	Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização	Cartilha
BVS Ministério da Saúde	BRASIL 2008	Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular 2.ª edição 1ª Reimpressão	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde	Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização	Cartilha
BVS Fio Cruz	BRASIL 2010	Caderno humaniza SUS: atenção básica	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde	Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização	Caderno
Portal Regional BVS	BRASIL 2013	Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde	Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica	Manual

Fonte 23 - O Autor (2018)

O autor entidade Brasil que aglutina as produções do ministério da Saúde brasileiro foi predominantemente encontrado na literatura cinza.

Dos quatro estudos analisados, estão descritos no gráfico 13 a seguir conforme as

Gráfico 13 - Distribuição dos estudos nas Base de Dados onde foram localizados



Fonte 24 - O Autor (2018)

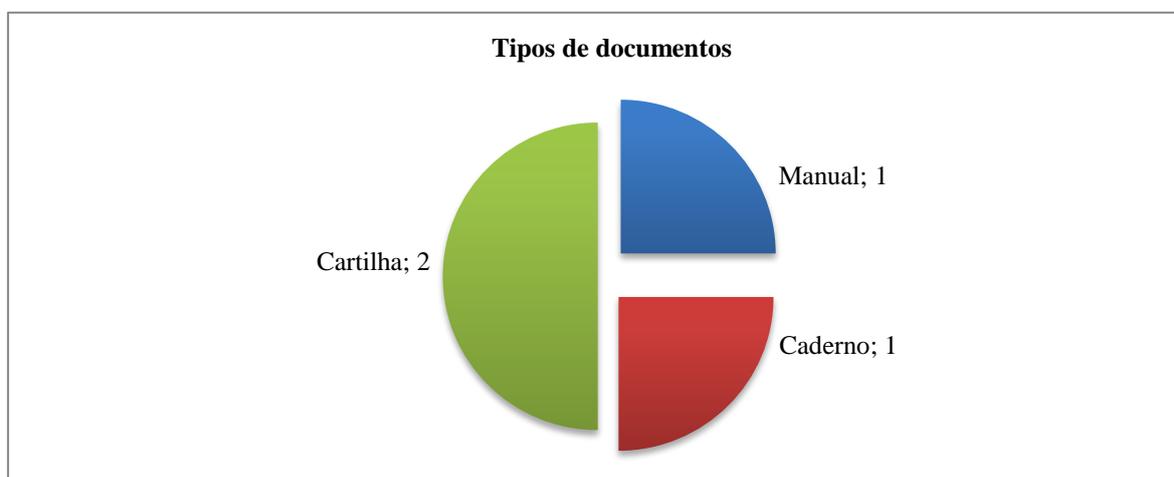
bases de dados onde foram encontrados:

O maior número dos documentos (2) foi encontrado na Biblioteca Virtual em Saúde Ministério da Saúde – BVS MS.

Das instituições citadas referentes aos vínculos do autor entidade Brasil está o Ministério da Saúde como a única instituição e o núcleo da atenção básica em Brasil (2013) e nos demais (BRASIL, 2010; 2008; 2007) estão o núcleo da PHN.

A BVS MS apareceu como local onde foram publicados todos os documentos encontrados.

Gráfico 14 - Distribuição dos Tipos de Documentos dos estudos analisados



Fonte 25 - O Autor (2018)

Os três tipos de documentos estão descritos conforme demonstra o gráfico 14:

Dos quatro tipos de documentos dois são Cartilhas (BRASIL,2007;2008).

Na tabela 10 a seguir estão descritos os objetivos, população alvo e nível de atenção para quais os documentos foram realizados:

Tabela 10 - Distribuição dos estudos analisados segundo autor (es)/ano de publicação, objetivo, população alvo e nível de atenção à saúde

Autor(es)/ano de publicação	Descritores	Objetivo	População Alvo	Nível de Atenção à Saúde

BRASIL 2007	Sistema único de saúde; política de saúde; prestação de cuidados de saúde	Como propiciar um diálogo interativo e criativo, com responsabilização e compartilhamento (em vez de encaminhamento de pacientes) entre os diversos serviços em diferentes níveis de atenção (atenção básica, hospital, especialidades), indo além da referência e contrareferência?	Trabalhadores e gestores de saúde	Atenção básica
BRASIL 2008	Sistema único de saúde; política de saúde; prestação de cuidados de saúde	Como propiciar um diálogo interativo e criativo, com responsabilização e compartilhamento (em vez de encaminhamento de pacientes) entre os diversos serviços em diferentes níveis de atenção (atenção básica, hospital, especialidades), indo além da referência e contrareferência?	Trabalhadores e gestores de saúde	Atenção básica
BRASIL 2010	Humanização do atendimento; formação profissional em saúde; gestão do trabalho e da educação em saúde	Apresentar o trabalho em rede como um dos desafios para a atenção básica e propor uma pauta de prioridades na perspectiva da produção de redes de saúde.	Profissionais da saúde	Atenção básica
BRASIL 2013	Transtornos da nutrição infantil, desnutrição infantil, vigilância alimentar e nutricional (van); promoção da saúde	Impulsionar o enfrentamento da desnutrição em municípios brasileiros com maior prevalência desse agravo em crianças menores de 5 anos de idade.	Crianças menores de cinco anos	Atenção básica

Fonte 26 - O Autor (2018)

A partir desse quadro foi possível analisar que o PTS fomenta sua utilização com os profissionais e gestores como forma de organizar o processo de trabalho através da capacitação e educação em saúde.

O documento de Brasil (2010) traz que organização da ação clínica de equipes por meio de PTS e de outros instrumentos impõe desta maneira, uma nova lógica no fluxo dos usuários na rede assistencial e, conseqüentemente, induz à construção de novas relações entre serviços e profissionais de retaguarda, na medida em que o cuidado construído desde a atenção básica requisitaria a este nível de atenção a função estratégica de coordenação do processo de cuidado, cuja integração com demais níveis de atenção não deixaria de partir e de reconhecer que o vínculo do sujeito na rede, salvo exceções, é com a equipe de referência da atenção básica.

Ainda, Oliveira (2008) apud Brasil (2010) traz que no cotidiano das experiências desenvolvidas em torno dessa temática o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando à resolução de casos muito complexos. Desse modo, o PTS será abordado como tecnologia inscrita na lógica do trabalho em equipe interdisciplinar, tendo como referência prática as equipes de saúde na Atenção Básica.

Foi possível analisar que se predomina a atenção básica como o nível de atenção à saúde que mais apareceu na análise dos documentos encontrados. Foi mantido o documento de Brasil (2007) e retirado Brasil (2008) por ser exatamente o mesmo documento e ser apenas uma reimpressão.

Na tabela 11 a seguir a partir da análise desses documentos foram elucidadas as definições de PTS e o referencial teórico.

Tabela 11 - Descrição das definições sobre PTS e seu respectivo Referencial teórico

Autor (es) /ano	Definição	Referencial teórico
BRASIL 2007	É procurar o jeito certo e a proposta certa para cada pessoa ou grupo, de acordo com suas preferências e história. PTS é 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.	Cunha (2007)
BRASIL 2010	Instrumento de compartilhamento e coordenação da ação clínica na equipe e entre equipes. O PTS é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo e resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial se necessário.	Cunha (2005); Brasil (2009) Oliveira (2010)

BRASIL	Configura-se como um conjunto de ações terapêuticas, resultantes de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar.	Brasil (2010)
2013	É um instrumento que ultrapassa paradigma médico, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico, devendo considerar suas necessidades e o contexto social em que estão inseridos.	Boccardo et al. (2011)

Fonte 27 - O Autor (2018)

Na análise dos autores mencionados, o autor Gustavo Tenório Cunha (2007; 2005) e o Autor-Entidade Brasil (2010; 2009), ou seja, Ministério da Saúde foram os dois mais citados como referência para definir o PTS.

O documento Brasil (2010) traz uma reflexão acerca da palavra projeto. Reforçando que a palavra projeto no PTS deve ser entendida não apenas no seu sentido de plano, organização de atividades e ações orientadas pela necessidade de resolução de um dado problema. Mas propõe explorar exhaustivamente a ideia de projetualidade, ou seja, a capacidade de pensar e de criar novas realidades, novos possíveis. Nesse sentido, a coprodução e a cogestão do processo terapêutico deve incorporar esse olhar aos contextos singulares e, de modo que mesmo tempo em que se planeja e se organizam ações e responsabilidades, faz-se disso uma produção de realidade – projetualidade.

No documento Brasil (2007), escrito por Cunha (2007) propõe o nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual. 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.).

Na tabela 12 a seguir estão descritos as ações do PTS e como se dá a construção do PTS nos documentos analisados:

Tabela 12 - Descrição das Ações e Construção do PTS encontradas nos documentos analisados

Autor(es)/ano	Ação	Construção
BRASIL	É uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações.	A equipe especialista poderia fazer reuniões com a equipe local, para trocar informações, orientar e planejar conjuntamente o Projeto Terapêutico de usuários compartilhados que estão em situação mais grave.
2007		

		<p>O PTS contém quatro momentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diagnóstico; 2) Definição de Metas; 3) Divisão de Responsabilidades; 4) Reavaliação. <p>(CUNHA, 2007 apud BRASIL, 2007)</p>
BRASIL 2010	<p>De qualquer modo, a definição de profissionais de referência não anula a necessidade de definir responsáveis a cada uma das ações desenhadas no PTS, incluindo a pactuação de prazos para execução, definição de papéis e, algumas vezes, a definição de momentos de reavaliação do caso em equipe.</p>	<p>Fazer PTS deve ser um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/ equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno de uma situação de interesse comum. Deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização, entre os sujeitos no PTS.</p> <p>Formular e operar um PTS demanda a realização de três movimentos, necessariamente sobrepostos e articulados:</p> <p>Coprodução da problematização; Coprodução de projeto; Cogestão/avaliação do processo.</p> <p>Podendo ser estruturado através dos momentos de: diagnóstico, definição de metas, responsáveis e avaliação.</p>
BRASIL 2013	<p>Portanto, podem ser priorizados cerca de dois a três casos que se mostrem mais urgentes e possuam um maior número de condicionantes para a realização do PTS e partir das estratégias elencadas para a suas resoluções, estruturando um conjunto de ações para a organização da atenção nutricional às demais crianças com desnutrição.</p>	<p>Para a construção do PTS faz-se necessária a presença de uma equipe multiprofissional. É importante envolver, além dos profissionais da equipe de referência da Atenção Básica, outros profissionais de Saúde que possam prestar apoio matricial e, caso seja necessário, profissionais de outros setores (como Assistência Social e Educação) visando contemplar as diferentes abordagens na construção do cuidado às crianças identificadas com o agravo.</p> <p>Para a elaboração do PTS é importante escolher um caso que possa contemplar a perspectiva de vários saberes profissionais e que permita uma abordagem intersetorial.</p> <p>Sugere-se o cumprimento dos seguintes passos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Convocação; 2) Diagnóstico; 3) Definição de Metas; 4) Divisão de Responsabilidades; 5) Reavaliação.

Fonte 28 - O Autor (2018)

O documento Brasil (2013) ressalta que diálogo é a ferramenta mais importante nessa construção. É preciso pactuar com o sujeito quais práticas terapêuticas orientarão o seu cuidado. Para isso, sugere-se o cumprimento dos cinco passos.

No documento Brasil (2010) no capítulo escrito por Oliveira (2010), retoma que o PTS se configura como instrumento potente para disparar processos de mudança nas práticas de saúde, contribuindo para a diversificação das ofertas nos serviços de saúde, que deve estar alinhada com um projeto maior de saúde e de cidadania.

Oliveira (2010) apud Brasil (2010) propõe o estudo do PTS enquanto dispositivo de gestão capaz de provocar processos de reflexão e ação nos trabalhadores de saúde abrindo possibilidades de repensar processos de trabalho, práticas e a instituição na qual estão inscritos. Demonstra, ainda, como o uso do PTS amplia as possibilidades da abordagem psicossocial de problemas de saúde e favorece o trabalho interdisciplinar, podendo funcionar como um método para a educação permanente de trabalhadores e estudantes da saúde.

No documento Brasil (2007), as discussões para construção e acompanhamento do PTS propõem oportunidades para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde. Haverá uma 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). No decorrer do tempo vai ficando evidente a interdependência entre todos na equipe. A percepção e o reconhecimento na equipe dessa variação de importância são uma forma de reconhecer e valorizar a “obra” criativa e singular de cada um.

Os três documentos trouxeram as etapas da construção do PTS e as mesmas já foram elucidadas anteriormente no capítulo 1 pelo autor Cunha (2004).

- 1) Diagnóstico;
- 2) Definição de Metas;
- 3) Divisão de Responsabilidades;
- 4) Reavaliação.

Na tabela 13 a seguir elucidam-se as potencialidades e limites encontrados nos documentos analisados frente ao PTS:

Tabela 13 -Descrição das potencialidades e limites do PTS encontrados nos documentos analisados

Autor(es)/ano	Potencialidades/possibilidades	Limites/ dificuldades
BRASIL 2007	O espaço do PTS também é privilegiado para a equipe construir a articulação dos diversos recursos de intervenção que ela dispõe. É um espaço importantíssimo para avaliação e aperfeiçoamento desses mesmos recursos (“por que funcionou ou não está ou	A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do PTS convidam-nos a entender que as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional.

	aquela proposta?"). Outra importante utilidade gerencial dos encontros de PTS é o matriciamento com (outros) especialistas.	
BRASIL 2010	PTS se configura instrumento potente para disparar processos de mudança nas práticas de saúde, contribuindo para a diversificação das ofertas nos serviços de saúde, que deve estar alinhada com um projeto maior de saúde e de cidadania.	Uma das grandes dificuldades enfrentadas nessa prática é lidar, de um lado, com a necessidade de melhorar a sistemática das discussões e de outro, com o risco que a utilização de roteiros de discussão pré-formatados traz de compartimentalização e empobrecimento das discussões.
BRASIL 2013	Podendo se constituir em um forte aliado para a identificação de estratégias que possam convergir para a redução das iniquidades relacionadas ao ciclo da desnutrição.	Não tem declarado

Fonte 29 - O Autor (2018)

O documento Brasil (2010) ressalta que se deve atentar para que a ferramenta do PTS permita contemplar a dimensão e as características singulares da criança identificada com desnutrição, possibilitando a eleição das ações terapêuticas necessárias a ela.

Oliveira (2010) apud Brasil (2010) reforça que para enfrentar essa dificuldade encontrada ao usar o PTS nossa estratégia para lidar com essa questão tem sido a de construir roteiros junto com os próprios participantes, ao longo de várias oficinas, que auxiliem na organização das discussões, na democratização do direito de falar e emitir opinião, na resolução de questões éticas emergentes no grupo, nas trocas e nas relações saber-poder em disputa naquele espaço e no cotidiano dos serviços. A aposta é a criação de espaços de encontro com características que façam conectar afetos de forma construtiva e inventiva, permitindo a emergência de novas possibilidades de análise e superação das dificuldades cotidianas. O autor ainda ressalta que os modos de trabalho em equipe interferem diretamente nas possibilidades de sucesso do PTS.

Cunha (2007) apud Brasil (2007) evidencia ainda sobre as potencialidades do PTS que, nas situações em que só se enxergavam certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergavam apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do PTS, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode encontrar muito trabalho.

Ainda Cunha (2007), sobre as dificuldades encontradas do PTS frente aos limites da prática clínica centrada na doença se faz necessário, portanto, que se forneçam instrumentos

para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com os sujeitos acometidos por uma doença de forma diferente da tradicional.

3.2 CONTEXTO DE PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Na análise da produção científica acerca do PTS no contexto de produção de conhecimento em TO foi possível identificar que dos 40 estudos analisados, seis foram escritos com a contribuição de terapeutas ocupacionais sendo: Belotti e Lavrador (2016); Ferigato e Silva (2016); Kinker (2016); Cordovil (2016); Kinker, Imbrizi (2015); Mororó, Colvero, Machado (2011) e Pinheiro (2015). Não são terapeutas ocupacionais as autoras Lavrador, Imbrizi, Colvero e Machado.

Dos locais onde os estudos foram publicados, como já mencionado anteriormente, três estudos foram publicados em base de dados específica da TO, sendo o Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional com os estudos de Belotti e Lavrador (2016); Ferigato e Silva (2016); Kinker (2016).

Na relação da TO com o PTS, apenas os dois estudos destacam essa relação, sendo os estudos de Ferigato e Silva (2016) e Kinker e Imbrizi (2015).

Ferigato e Silva (2016) narraram a construção de um atendimento de TO articulado a um PTS construído de forma participativa, interdisciplinar e em rede, buscando evidenciar possíveis transformações que a reabilitação psicossocial pode produzir na vida de pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, buscaram elucidar algumas funções que a TO pode cumprir em um CAPS, constituindo um trabalho de caráter a um só tempo expressivo, construtivo e inclusivo; ampliando a capacidade de sujeitos individuais e coletivos serem afetados pela experiência e passarem a agir ativamente na produção de novos caminhos, na construção de casos e causos num cotidiano reinventado. Em consonância com a proposta de um plano de intervenção terapêutica ocupacional, a construção do PTS produziu um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de um sujeito singular, em situação de vulnerabilidade. As intervenções foram construídas levando em conta que esse mesmo sujeito está inserido em um contexto social, cultural, familiar e em um território específicos (OLIVEIRA, 2010 Apud FERIGATO; SILVA, 2016).

Kinker e Imbrizi (2015) apresentam uma indagação sobre que tipo de contribuição essa discussão sobre atividade terapêutica desenvolvida no campo da TO pode oferecer às

reflexões sobre o aumento da oferta das oficinas nos vários núcleos profissionais do campo da Saúde Mental? Os autores defendem que os PTS atrelados à política de desinstitucionalização deixam de ser um conjunto de procedimentos para serem um processo complexo, relacional, de construção da vida, com pequenos faróis a serem observados, em que o principal motor e objetivo a ser alcançado estão dados a cada momento, não sendo algo distante a alcançar. Esse objetivo é o próprio protagonismo dos usuários, a transformação de seu contexto de vida, de sua subjetividade, de suas vivências concretas, de seu modo de viver o sofrimento, e o aumento de sua potência de agir (SPINOZA, 2009 Apud KINKER; IMBRIZI,2015), no aqui e agora.

3.2.1 Ampliação da busca referente a Terapia Ocupacional

Nas buscas anteriores os achados foram insuficientes para analisar a produção científica acerca da relação da TO e PTS, com isso para a identificação dos estudos relevantes da literatura científica foi realizada uma nova busca no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir dos conceitos-chave mais comumente apontada na literatura como sendo utilizados pela TO a fim de verificar se estão sendo utilizados e como estão descritos na produção científica brasileira na construção do projeto terapêutico singular.

Foi realizada a busca com os seguintes descritores:

- ✓ Projeto terapêutico singular (AND) Modos de Vida;
- ✓ Projeto terapêutico singular (AND) Cotidiano;
- ✓ Projeto terapêutico singular (AND) Ocupação;
- ✓ Projeto terapêutico singular (AND) Atividades;
- ✓ Projeto terapêutico singular (AND) Inserção Social;
- ✓ Projeto terapêutico singular (AND) Inclusão Social;
- ✓ Projeto terapêutico singular (AND) Participação Social;
- ✓ Projeto terapêutico singular (AND) Emancipação Social.

Como critério de relevância, os estudos tinham que ser do idioma português e estarem disponíveis na íntegra.

Com os descritores projeto terapêutico singular (*and*) modos de vida foram um total de três estudos sendo que o estudo de Kinker e Imbrizi (2015) O Mito das Oficinas Terapêuticas estava duplicado, e foram 2 estudos para a análise final.

Com os descritores projeto terapêutico singular (*and*) cotidiano foram encontrados dois estudos e ambos foram para análise final.

Com os descritores projeto terapêutico singular (*and*) ocupação não foram encontrados estudos.

Com os descritores projeto terapêutico singular (*and*) atividades, foram encontrados 12 estudos, nove estudos eram do idioma português, sendo sete estudos que estavam disponíveis na íntegra, porém o estudo de Kinker e Imbrizi (2015) “O Mito das Oficinas Terapêuticas”, era duplicado. Assim, foram seis estudos para análise final.

Com os descritores projeto terapêutico singular (*and*) inserção social foram encontrados dois estudos, porém só o estudo Rabello (2014) “Histórias de vida de moradores de residências terapêuticas Egressos de internamento de longa permanência em hospital Psiquiátrico” estava disponível na íntegra e foi para análise final.

Com os descritores projeto terapêutico singular (*and*) inclusão social e projeto terapêutico singular (*and*) participação social foram encontrados um estudo de cada respectivamente e após a submissão dos critérios de inclusão foram para análise final.

Com os descritores projeto terapêutico singular (*and*) emancipação social não foi encontrada estudos.

Foram 13 estudos para análise final. A partir disso, o estudo tinha que conter ao longo do texto a palavra Terapia Ocupacional *OR* Terapeuta Ocupacional para que fosse possível abranger os objetivos desta pesquisa. Sobraram sete estudos, conforme se demonstra a seguir segundo os descritores:

- ✓ Projeto terapêutico singular (*AND*) Modos de Vida, 1 estudo;
- ✓ Projeto terapêutico singular (*AND*) Cotidiano; 1 estudo;
- ✓ Projeto terapêutico singular (*AND*) Atividades; 4 estudos;
- ✓ Projeto terapêutico singular (*AND*) Inserção Social; 1 estudo;

Não foram localizados estudos com os demais descritores descritos anteriormente.

Na etapa de mapeamento dos dados foi realizado uma extração de elementos-chave de informações obtidas nos estudos escolhidos, sintetizando e interpretando os dados qualitativos por triagem, mapeamento e classificação do material de acordo com as principais questões e temas (ARKSEY; O’MALLEY, 2005).

Os sete artigos escolhidos foram lidos na íntegra e os dados mapeados foram inseridos em um “formulário de mapeamento de dados”. Esse formulário foi desenvolvido para permitir a transcrição dos dados extraídos das fontes analisadas na íntegra.

Assim, os estudos correspondiam aos já analisados anteriormente conforme demonstrado na tabela 14 a partir dos descritores utilizados:

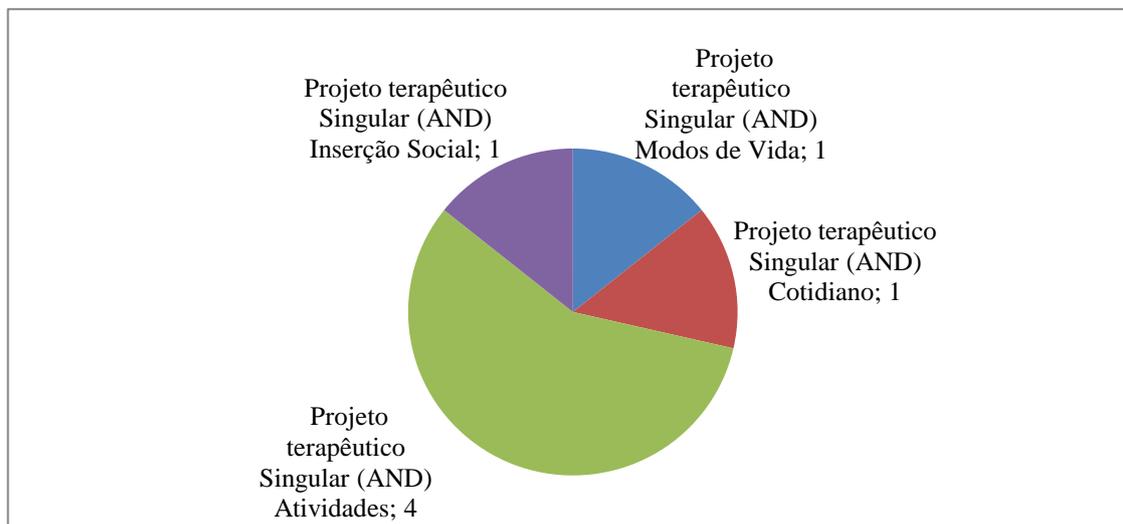
Tabela 14 - Distribuição dos estudos analisados segundo os Descritores, Título, Autor (es) e Ano de Publicação

Descritores	Título	Autor (es) Ano de publicação
Projeto terapêutico (AND) Modos de Vida singular	O Mito das Oficinas Terapêuticas	KINKER, Fernando Sfaire e IMBRIZI, Jaquelina Maria. 2015
Projeto terapêutico (AND) Cotidiano singular	Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental	JORGE, Maria Salete Bessa et al. 2015
Projeto terapêutico (AND) Atividades singular	Saúde mental e terapia ocupacional: a construção de um projeto terapêutico singular	FERIGATO, Sabrina e SILVA, Michelle Chanchetti. 2016
Projeto terapêutico (AND) Atividades singular	O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil	HORI, Alice Ayako e NASCIMENTO, Andréia de Fátima. 2014
Projeto terapêutico (AND) Atividades singular	O Mito das Oficinas Terapêuticas	KINKER, Fernando Sfaire e IMBRIZI, Jaquelina Maria. 2015
Projeto terapêutico (AND) Atividades singular	Terapia Ocupacional nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios de Belém e Ananindeua: o uso das ferramentas de apoio à atenção no processo de trabalho das equipes NASF	CORDOVIL, Alzilene Pereira. 2016
Projeto terapêutico (AND) Inserção Social singular	Histórias de vida de moradores de residências terapêuticas Egressos de internamento de longa permanência em hospital Psiquiátrico	RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. 2014

Fonte 30 - O Autor (2018)

Dos sete estudos analisados, quatro foram encontrados utilizando os descritores projeto terapêuticos singulares (AND) atividades conforme demonstra o gráfico 15:

Gráfico 15 - Distribuição dos descritores dos estudos analisados



Fonte 31 - O Autor (2018)

Para a análise qualitativa dos estudos, para cada descritor, foram criadas as categorias: Relação do Projeto Terapêutico Singular e a Terapia Ocupacional, Conceitos-chave da Terapia Ocupacional.

Com os descritores projeto terapêutico singular (*and*) modos de vida, o estudo de Kinker e Imbrizi (2015) “O Mito das Oficinas Terapêuticas” também apareceu na busca com os descritores projeto terapêutica singular (*and*) atividades, porém na categoria conceitos-chave foi realizada dois agrupamentos de conceitos de acordo com a palavra-chave correspondente na busca.

A seguir na tabela 15, consta a descrição dos estudos analisados segundo descritores projeto terapêutico singular (*and*) modos de vida, título, autor (s), projeto terapêutico singular e a terapia ocupacional, conceitos-chave da terapia ocupacional:

Tabela 15 - Descrição dos estudos analisados segundo descritores, autor (es)/ ano de publicação, Projeto Terapêutico Singular e a Terapia Ocupacional, Conceitos-chave da Terapia Ocupacional

Descritores	Autor (es)/ publicação	Ano de publicação	Projeto terapêutico singular e a Terapia Ocupacional	Conceitos-chave da terapia ocupacional
Projeto terapêutico singular (AND) Modos de Vida	KINKER, Sfair; Jaquelina Maria.	Fernando IMBRIZI, 2015	Que na construção dos projetos terapêuticos singulares, as oficinas que a Terapia Ocupacional propõe que	O conceito modos de vida atrelada a oficinas de atividades.

o sujeito faça parte sejam espaços que consideram e valoriza o espaço transformador, produtor de novas possibilidades e experimentações sociais, que trabalham para a amplitude das conexões sociais.

Fonte 32 - O Autor (2018)

Os autores trazem uma indagação sobre que tipo de contribuição essa discussão sobre atividade terapêutica desenvolvida no campo da TO pode oferecer às reflexões sobre o aumento da oferta das oficinas nos vários núcleos profissionais do campo da Saúde Mental? Que oficinas deixem de ser aplicadas como remédio e o PTS deixe de ser um conjunto de procedimentos com a intencionalidade de buscar a normalização dos sujeitos. Os PTS atrelados à política de desinstitucionalização deixam de ser um conjunto de procedimentos para serem um processo complexo, relacional, de construção da vida, com pequenos faróis a serem observados, em que o principal motor e objetivo a ser alcançado estão em cada, não sendo algo distante de alcançar (KINKER; IMBRIZI, 2015).

A seguir na tabela 16 a descrição dos estudos analisados segundo descritores projeto terapêutico singular (AND) cotidiano:

Tabela 16- Descrição dos estudos analisados segundo descritores, autor (es)/ ano de publicação, Projeto Terapêutico Singular e a Terapia Ocupacional, Conceitos-chave da Terapia Ocupacional

Descritores	Autor (es)/ publicação	Ano de	Projeto terapêutico singular e a Terapia Ocupacional	Conceitos-chave da terapia ocupacional
Projeto terapêutico singular (AND) cotidiano	JORGE, Maria Bessa et al.	Saete	Terapeuta Ocupacional que estiver inserido no NASF, CAPS ou na Atenção Primária à Saúde deve se responsabilizar também pela construção do PTS.	Cotidiano Assistencial A relação entre usuários e trabalhadores, produzindo o cuidado e acesso aos serviços de saúde.

Fonte 33- O Autor (2018)

Jorge et al. (2015) traz que cada profissional, ou a equipe interdisciplinar, seja referência de determinado número de usuários, responsabilizando-se pela elaboração, implementação e avaliação de um PTS, elaborado conjuntamente entre equipes, usuários e familiares, assim o terapeuta ocupacional que estiver inserido no NASF, CAPS ou na APS deve se responsabilizar pelo PTS.

Sobre o conceito de cotidiano, Jorge et al. (2015) traz o conceito de cotidiano dos serviços como uma questão: Como se conformam o AM e o PTS no cotidiano da ESF e do CAPS? De que maneira, pois, tencionam a produção do cuidado em saúde mental? Fala sobre a clínica ampliada que se baseia nas tecnologias relacionais e ancora-se na articulação das equipes (ESF e CAPS), além de reconhecer a complexidade do sujeito em processo de adoecimento e compreender a necessidade de intervenções.

Ainda, Jorge et al. (2015) discute que o encontro entre trabalhadores e usuários, transversalizados pelas ferramentas relacionais direciona o cuidado em saúde para uma resolubilidade emanada das evocações reais da subjetividade e proporciona satisfação. Desse modo, o cuidado produzido, de forma dialógica, possibilita entender o real, o vivido no espaço micro político de cada encontro, e potencializa a utilização das tecnologias relacionais, bem como o manejo da clínica ampliada na ESF para estabelecer ações de saúde mental mais próxima do cotidiano do serviço e do processo de trabalho pactuados entre profissionais e usuários durante a elaboração do projeto terapêutico do usuário. Nesse sentido, a ênfase está no cotidiano institucional como uma peça importante para potencializar a eficácia da construção de projetos terapêuticos singulares.

A seguir a tabela 17, descreve-se os estudos analisados segundo os descritores projeto terapêutico singular (AND) atividades, título, autor (s), projeto terapêutico singular e a terapia ocupacional, conceitos-chave da terapia ocupacional:

Tabela 17 - Descrição dos estudos analisados segundo descritores, autor (es)/ ano de publicação, Projeto Terapêutico Singular e a Terapia Ocupacional, Conceitos-chave da Terapia Ocupacional

Descritores	Autor (es)/ publicação	Ano de	Projeto terapêutico singular e a Terapia Ocupacional	Conceitos-chave da terapia ocupacional
Projeto terapêutico singular (AND) Atividades	FERIGATO, Sabrina e SILVA, Michelle Chanchetti.	2016	A intervenção da Terapia Ocupacional como um importante dispositivo para a construção de rede se para o fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular.	Atividades como dispositivo de intervenção interdisciplinar que proporciona significativa melhora e possibilidade de expressão de conflitos que não eram possíveis de serem colocados em palavras.
Projeto terapêutico singular (AND) Atividades	HORI, Alice Ayako e NASCIMENTO, Andréia de Fátima.	2014	O Projeto Terapêutico Singular é uma das práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que o Terapeuta Ocupacional pode compor as equipes.	Atividades como a forma de organizar as funções da equipe técnica.

Projeto singular Atividades	terapêutico (AND)	KINKER, Fernando Sfair e IMBRIZI, Jaquelina Maria.	Não tem declarado.	Conceito de atividades atrelado a oficinas de atividades.
		2015		
Projeto singular Atividades	terapêutico (AND)	CORDOVIL, Alzilene Pereira.	Terapeuta Ocupacional e ferramenta Projeto Terapêutico Singular	Atividade como sendo as funções que desenvolve o terapeuta ocupacional: atividades coletivas, atendimento individual e grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe (...).
		2016		

Fonte 34 - O Autor (2018)

Ferigato e Silva (2016) elucidaram algumas funções que a TO e o uso de atividades podem cumprir em um CAPS e na construção de um plano terapêutico. A ênfase do artigo está na construção interdisciplinar no campo da saúde mental, a partir da exploração de um caso clínico que elucida as contribuições da TO, evidenciando o uso de diferentes atividades como dispositivo fortalecedor das relações com a equipe e como catalizador de mudanças para os usuários, com enfoque nos pressupostos da terapia ocupacional como produção de vida

Hori e Nascimento (2014) aponta que o PTS é uma das práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e no estudo em questão que foi realizado no município de Guarulhos, estado de São Paulo há 6 terapeutas ocupacionais inseridos nesse contexto. O conceito de atividades não era para dizer sobre a atuação específica do terapeuta ocupacional e sim como uma forma de organizar as funções da equipe técnica. "As atividades realizadas pelos profissionais, suas sequências e conexões, e as tecnologias utilizadas (HORI e NASCIMENTO, 2014)."

Kinker e Imbrizi (2015) revelam que o texto é também uma escrita disparada por reflexões à luz do texto "O Mito das Atividades Terapêuticas" (Nascimento, 1990). Nele, a autora questionava o suposto potencial terapêutico intrínseco às atividades aplicadas como meios de tratamento como se estas fossem verdadeiros remédios. Fala de um modo geral que a oficina é: [...] uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades [...] (BRASIL, 2004). Discutem sobre Oficinas de arte e atividades culturais que são propostas de

oficinas que consideram e valoriza o espaço transformador, produtor de novas possibilidades e experimentações sociais, que trabalham para a amplitude das conexões sociais.

Cordovil (2016) buscou entender como o terapeuta ocupacional utiliza as ferramentas de Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) no NASF.

A seguir na tabela 18 consta a descrição dos estudos analisados segundo os descritores projeto terapêutico singular (AND) inserção social:

Tabela 18 - Descrição dos estudos analisados segundo descritores, autor (es)/ ano de publicação, Projeto Terapêutico Singular e a Terapia Ocupacional, Conceitos-chave da Terapia Ocupacional

Descritores	Autor (s)	Projeto Terapêutico Singular e a Terapia Ocupacional	Conceitos-chave da Terapia Ocupacional
Projeto terapêutico singular (AND) Inserção Social	RABELLO, Rita de Cássia Ferreira. 2014	Não tem uma relação direta.	Ampliação da inserção social.

Fonte 35 – O Autor (2018)

No estudo de Rabello (2014) a autora discorre sobre alguns conceitos-chave quando se refere ao PTS das Residências Terapêuticas, ressaltando que o processo de desinstitucionalização que as mesmas produzem é baseado em princípios e diretrizes que estimulam a construção progressiva da autonomia do usuário nas atividades e a ampliação da inserção social, priorizando a reabilitação psicossocial como modelo assistencial. Através de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, estímulo à autonomia para as atividades domésticas e pessoais, interação com a comunidade, além de respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (BRASIL, 2000 apud RABELLO, 2014). Nesse sentido, a ênfase do estudo está no uso do PTS como dispositivo de inserção social, mas não necessariamente relatando o desenvolvimento do PTS para os moradores apenas, mas também para a própria residência terapêutica e seus componentes.

4. DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentadas *as discussões* que emergiram ao longo do estudo. Apontaremos algumas questões que estão sendo consideradas pela autora como condutores para a discussão, constituindo assim dois momentos. No primeiro momento abordamos a discussão dos resultados propriamente ditos e o que seu agrupamento nos permite problematizar em uma análise de seus dados quanti-qualitativos da literatura científica e cinza paralelamente, no que se refere ao *campo da saúde em geral*. No segundo momento a discussão dos resultados propriamente ditos e o que o agrupamento dos achados nos permite problematizar em uma análise de seus dados quanti-qualitativos no que se refere ao *núcleo da T.O em específico*.

4.1 A EXPRESSÃO DA PRODUÇÃO SOBRE PTS NA SAÚDE EM GERAL

Em suma os estudos da literatura científica foram encontrados no Portal Regional BVS, porém é importante considerar que foi a primeira base de dados a ser realizada a busca, visto que as demais buscas trouxeram muitos estudos já localizados no Portal e que foram excluídos por serem repetidos.

Os estudos da literatura cinza foram predominantemente escritos pelo o autor entidade Brasil que reuniu todas as produções do Ministério da Saúde Brasileiro e foram localizados na Biblioteca Virtual em Saúde Ministério da Saúde – BVS MS.

Em relação ao ano dos estudos analisados da literatura científica apesar da ampla busca nas bases de dados não foram encontrados estudos anteriores ao ano de 2007. Dez estudos foram publicados em 2016, evidenciando esse ano de publicação como um ano com maior volume e concentração da produção de conhecimento sobre o tema. “Avanços pouco expressivos na cobertura, financiamento dependente do Ministério da Saúde e uma expressiva produção acadêmica sobre o tema PTS marcaram o ano de 2016 para a Atenção Básica no Brasil” (OAPS, 2017). Essas são algumas das conclusões do acompanhamento realizado pelo eixo “Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde”, coordenado pela Profa. Maria Guadalupe Medina do OAPS - Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) que está vinculado ao Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017) apoiado pelo CNPq e Ministério da Saúde. O trabalho incluiu o

levantamento de informações e análise da implementação de propostas, programas e estratégias relacionadas à Atenção Primária à Saúde e à Promoção da Saúde, desenvolvidas em 2016.” O acompanhamento realizado durante o ano de 2016 identificou 11 estudos sobre atenção básica – dois sobre qualidade da Estratégia de Saúde da Família, dois sobre saúde bucal e sete sobre o Programa Mais Médicos – e três artigos sobre promoção da saúde (OAPS, 2017).

Dos locais de publicações dos estudos analisados se evidenciou a publicação em revistas. As revistas eletrônicas são consideradas como o modo mais rápido e economicamente viável, para os pesquisadores possam circular e tornar visíveis os resultados do seu trabalho.

Das revistas citadas acima de uma vez os Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar da Universidade Federal de São Carlos – SP se evidenciou.

Os *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* (acesso em <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos>) atualmente intitulado *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional/Brazilian Journal of Occupational Therapy*, visa a divulgação de trabalhos inéditos, oriundos de pesquisas científicas originais no campo da TO, em diálogo com as áreas de Saúde, Educação, Cultura e Assistência Social, bem como da Ciência Ocupacional.

Das bibliotecas citadas acima de uma vez, a Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife – PE se evidenciou.

A Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (acesso em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/>) foi inaugurada por ocasião da criação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, datando seus primeiros registros de 1952. Seu acervo é especializado em Ciências Biomédicas, Saúde Pública e ciências afins. Tem como finalidade reunir, organizar e disseminar a documentação necessária ao desenvolvimento das atividades de pesquisa e ensino da instituição.

Das instituições citadas na literatura científica, em suma os autores tinham vínculo com a UNICAMP – Campinas, SP.

A Universidade de Campinas – UNICAMP agrega o programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (acesso em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/pos-graduacao-em-saude-coletiva>) que visa à formação de pesquisadores de qualidade em nível de Mestre e Doutor.

O curso de pós-graduação em Saúde Coletiva tem as suas origens no curso de pós-graduação em Medicina que a Faculdade de Medicina começou a desenvolver em 1979. Nessa data o Departamento de Medicina Preventiva e Social oferecia algumas disciplinas

optativas e colaborava com disciplinas obrigatórias no curso recém-criado. Em uma segunda fase, a partir de 1985, foi formalizada a área de concentração em Saúde Coletiva, ainda no interior do curso de Medicina somente em 1991 foi aberta a área específica de Saúde Coletiva, que posteriormente daria nome ao departamento (Departamento de Saúde Coletiva).

Esse departamento congregou laboratórios de pesquisa como LAPA (Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde) e o coletivo Paidéia, que se desdobraram nos grupos de pesquisa pioneiros na elaboração acadêmica da proposta conceitual de PTS. Também é oriundo desse departamento parte importante das variações teóricas construídas em torno no conceito ferramenta PTS, com contribuições expressivas do grupo de pesquisa “Conexões: Saúde Coletiva e políticas da subjetividade”, especialmente a partir dos estudos de mestrado e doutorado desenvolvidos por Oliveira (2011;2007).

Sendo um campo interdisciplinar por excelência, a Saúde Coletiva se desenvolveu a partir da estruturação de três eixos disciplinares principais: a epidemiologia, as ciências sociais em saúde e o planejamento e gestão em saúde. Sabe-se que o planejamento e gestão em saúde são diretamente ligados ao PTS (BRASIL, 2008; 2007; 2006a).

Em relação a localização geográfica dos estudos analisados da literatura científica, a região Sudeste do Brasil (São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais) foi a região que mais se evidenciou frente ao número de publicações. Vale ressaltar que as mais tradicionais Universidades estão nessa região (UNICAMP, UFSCAR, USP, UNESP), sendo que a UNICAMP foi a instituição de maior vínculo dos autores como já foi elucidado anteriormente.

O Sudeste é o principal responsável pela geração de riquezas econômicas do país. É a região mais desenvolvida socioeconomicamente: abriga as maiores montadoras e siderúrgicas do país, possui o maior parque industrial, áreas de atividades agrícolas modernas, bancos, mercados de capitais, empresas transnacionais, comércios, universidades, e possui as duas metrópoles nacionais, consideradas cidades globais (São Paulo e Rio de Janeiro). O Sudeste é responsável por 56,4% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional. Esse recorte de privilégios se reflete também na produção acadêmica: a região sudeste possui o maior número de estudantes no ensino superior e a concentração do maior número de universidades com cursos de pós-graduação. Nela, o percentual de estudantes matriculados em um curso superior é de 44,6 %, sendo a região brasileira que mais possui estudantes em um curso superior.

Dos tipos de documentos os artigos são predominantes. Os artigos são comumente derivações de teses, dissertações e monografias, o que exemplifica o número significativo

frente aos outros tipos de publicações. Através de uma publicação científica que a sociedade toma conhecimento dos resultados de um trabalho de pesquisa e o que este representa para a coletividade.

De acordo com Meadows (1999) “talvez um quinto dos artigos de periódicos nas ciências em geral e nas ciências sociais baseia-se em teses de doutorado. As pesquisas relatadas em teses podem dar origem a mais de um artigo”.

Em suma, os estudos da literatura científica, apresentam como um de seus principais descritores associados ao PTS a palavra saúde mental entre outros termos/conceitos que são usados no campo da Saúde Mental, a primeira área da saúde a apostar no PTS que foi fortemente influenciada pelo modelo de Atenção Psicossocial que procura, entre outras concepções, trabalhar numa perspectiva de transversalidade de saberes e isonomia de poderes entre os diferentes profissionais. Assim, foram originalmente, a partir das experiências do campo da saúde mental, foram formadas as bases da clínica ampliada e da equipe de referência – alicerces conceituais para a construção teórico-prática do PTS (BOCCARDO, ZANE, RODRIGUES, MÂNGIA, 2011).

A concepção do PTS segundo Oliveira (2008) “vem sendo construída ao longo dos últimos vinte anos, junto com a história do SUS, do movimento sanitário e da reforma psiquiátrica”, momento este que apresentou a necessidade de reestruturar a assistência em saúde prestada, baseada historicamente em uma lógica biomédica, passando a serem considerados os aspectos biopsicossociais que permeiam a vida dos sujeitos.

Nos documentos oficiais do Ministério da Saúde para o campo da saúde mental, o projeto terapêutico consta na Portaria 147/1994 (BRASIL, 1994), que busca qualificar o atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados. Posteriormente, o instrutivo divulgado pela coordenação de saúde mental, do Ministério da Saúde, em 2002, pela ocasião da publicação da portaria GM 336/02 (BRASIL, 2002), considera o projeto terapêutico a essência do trabalho realizado pelo CAPS.

Além disso, como vimos no capítulo 1, as práticas de saúde mental foram inspirações para a proposição do conceito ferramenta PTS realizado por Campos (2000), que agrega à metodologia psicanalítica de discussão de caso, elementos teórico-práticos da saúde coletiva, trazendo o tema da gestão para dentro das discussões clínicas.

Os estudos apontaram nos seus objetivos que a construção do PTS é fundamental. Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), apresentou o Relatório sobre a Saúde do Mundo – Saúde

Mental Nova Conceção, Nova Esperança. Este Relatório define os eixos norteadores para a construção do PTS.

O tratamento deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo (...) mas estas mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do paciente (...) cada intervenção tem uma indicação específica (...) cada intervenção deve ser usada numa quantidade determinada (...) cada intervenção deve ter uma duração determinada (...) devem-se monitorar periodicamente a adesão ao tratamento e os resultados esperados de cada intervenção (OMS, OPAS; 2001).

Ainda nesse contexto, Mângia (2002) expõe que em relação às diretrizes para construção do PTS, este deve seguir quatro eixos norteadores; a) a ação deve estar centrada na pessoa “em seu contexto real de vida”; b) deve haver parceria entre o profissional e o indivíduo em sofrimento; c) um “contrato de trabalho” e suas metas devem contemplar sentido para o desenvolvimento da vida do sujeito e d) avaliações periódicas.

Na análise da literatura científica os profissionais da saúde predominantemente apareceram como os sujeito-alvo dos estudos que tinham no seu contorno a discussão do PTS. Porém, os estudos apontaram uma dificuldade desses profissionais em operar e tornar viável o PTS, sendo necessário capacitar e empoderar os profissionais dos diferentes níveis de complexidade para o uso efetivo desse dispositivo.

Linassi et al. (2013) ainda reforça que a relevância de se empreender estudos sobre PTS reside em ter se tornado condutor do trabalho de muitas equipes. Desta forma, é necessário que se conheça essa proposta, buscando discutir sua viabilidade para programar e locais de trabalho, seja na rede básica ou outros serviços especializados. “Trabalhar com a proposta do PTS, a partir das equipes de referência e apoio, significa acreditar que é possível ampliar os espaços de atenção e promover mudanças na forma de trabalho da equipe de saúde (LINASSI et al, 2013).”

Cunha (2007) ressalta que em relação ao funcionamento das equipes de saúde, são vários os desafios que merecem destaque: responsabilização de maneira contínua em relação ao usuário; divisão de responsabilidades para todos os membros da equipe; necessidade da equipe em romper com práticas que objetivem soluções imediatistas; a equipe deve acreditar realmente na possibilidade de transformação da situação de vida do usuário; respeito ao ritmo do usuário e a necessidade de compreensão de que este tipo de proposta demanda criatividade e flexibilidade das equipes.

Na análise da literatura cinza o PTS foi utilizado com os profissionais e gestores como forma de organizar o processo de trabalho através da capacitação e educação em saúde.

Oliveira (2008) sustenta que no cotidiano das experiências desenvolvidas em torno dessa temática, o PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando à resolução de casos muito complexos. Desse modo, o PTS deve ser abordado como tecnologia inscrita na lógica do trabalho em equipe interdisciplinar, tendo como referência prática as equipes de saúde na ABS.

Assim, como na análise da literatura cinza e científica, predomina-se a atenção básica como o nível de atenção à saúde como campo de coleta, pesquisa e/ou intervenção que se evidenciou, sendo o campo que concentrou a produção sobre PTS.

Esse arcabouço teórico pode ser resultado que vem sendo construído desde a PNAB, que é advinda da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL,2012). Essa portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, tendo como uma das funções:

Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2012).

Segundo o site do Ministério da Saúde (<http://www.saude.mg.gov.br/sus>), a Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto o nível médio de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais.

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível

compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organizam também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo).

Em 2010 a PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO, estabeleceu diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS exemplificando que os níveis de atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturando por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (BRASIL, 2010b).

Referente a definição do que é o PTS a partir do referencial teórico, o autor Entidade Brasil (Ministério da Saúde) em suma foi o mais mencionado, porém vale ressaltar que os documentos ministeriais foram organizados ou com forte protagonismo de alguns autores que também foram citados mais de uma vez nas referências bibliográficas. A Cartilha Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (BRASIL, 2007) foi organizada pelo autor Gustavo Tenório Cunha. O caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2010a) foi organizado pelo Gustavo Tenório Cunha, com capítulos escritos por ele e por Gastão Wagner de Sousa Campos. O autor Gustavo Nunes de Oliveira tem nesse caderno um capítulo específico sobre o PTS e foi também coordenador da Política Nacional de Humanização, a principal área do Ministério no que se refere à concentração de conteúdo sobre o PTS.

Esse nosso estudo permitiu dar maior visibilidade à forma como essas produções Institucionais são incorporadas à produção científica e vice-versa em uma perspectiva quanti-qualitativa. Nesse sentido, a construção de referenciais teórico-práticos que amparam as práticas de cuidado se expressa, entre outras formas, por meio da produção de conhecimento. O referencial teórico, nesse caso, visa aprimorar convicções com base em referências bibliográficas, para ter um embasamento teórico do estudo e esclarecer quais são os teóricos que já estudaram sobre o assunto e que lhe ajudarão a apoiar e alicerçar o tema que será desenvolvido.

Em qualquer tipo de pesquisa, é imprescindível que se faça uma abordagem teórica sobre o assunto no qual se insere o objeto-problema a ser estudado

(...). O referencial teórico deve conter um apanhado do que existe de mais atual na abordagem do tema escolhido, mesmo que as teorias atuais não façam parte de suas escolhas. Deve estabelecer os marcos conceituais que vão nortear o desenvolvimento da pesquisa, as linhas de pensamento e as teorias que vão sustentar a análise dos dados que vai colher durante a realização do levantamento (...) (MARION; DIAS; TRALDI, 2002, p. 37-38)

A investigação sobre a produção de conhecimento sobre PTS mostrou-nos explicitamente como esses referenciais teóricos não necessariamente precedem às práticas, mas são inspirados e aprimorados por ela.

Com isso, a realização dessa revisão da literatura nos ajudou a identificar conceitos e bases teóricos, situando o pesquisador quanto a outros trabalhos publicados na área ao verificar como estão os conhecimentos acerca do tema investigado. Ao mesmo tempo, contribuiu para mapear um conjunto de processos que não são restritos à produção acadêmica, pois se referem à produção de conhecimento que se dá em múltiplas dimensões e que são atravessadas por relações de saber-poder e de produção de subjetividades que se atualizam nas práticas de cuidado e de produção de conhecimento em saúde.

A escolha do termo PTS, já nos coloca diante de certo *hall* da produção epistemológica da Saúde Coletiva brasileira, que demarca um conjunto de disputas narrativas, práticas e conceituais sobre a ação em saúde, que está longe de ser uníssona.

Referindo sobre as ações e práticas do PTS, Oliveira (2010) ressalta que o PTS não pode ser considerado isoladamente como suficiente para provocar mudanças significativas nos modelos de atenção e de gestão. Assim como não se trata de solução para a prática prescritiva das equipes e da medicalização da sociedade. Isso também vale para o conjunto de produções científicas em saúde, ou seja, produções teóricas que tendem a transversalizar o poder médico e democratizar o processo de cuidado em saúde, ainda se colocam como minoritárias no conjunto de produções científicas em saúde e não foram suficientes para reverter o *modus operante* das instituições acadêmicas.

No entanto, no que se refere às práticas de cuidado, identificamos que o PTS no cotidiano dos serviços em saúde, no mínimo, produzindo incômodos e deslocamentos em relação às práticas que sustentam o status quo.

Para Oliveira (2007), as potencialidades do PTS podem ser utilizadas ora como dispositivo, ora como arranjo e, outras vezes, como estratégia na reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde na atenção básica. O PTS compreendido como modelo de

práticas de saúde singularizantes, ou processos de singularização da atenção à saúde, traz novas perspectivas e possibilidades de coprodução de sujeitos e seus contextos.

Oliveira (2010) apud Brasil (2010a) reforça que para enfrentar possíveis dificuldades encontradas para construir PTS, nossa estratégia para lidar com essa questão tem sido a de construir roteiros junto com os próprios participantes, ao longo de várias oficinas, que auxiliem na organização das discussões, na democratização do direito de falar e emitir opinião, na resolução de questões éticas emergentes no grupo, nas trocas e nas relações saber-poder em disputa naquele espaço e no cotidiano dos serviços. A aposta é a criação de espaços de encontro com características que façam conectar afetos de forma construtiva e inventiva, permitindo a emergência de novas possibilidades de análise e superação das dificuldades cotidianas. O autor ainda ressalta que os modos de trabalho em equipe interferem diretamente nas possibilidades de sucesso do PTS.

Cunha (2007) apud Brasil (2007) acentua ainda sobre as potencialidades do PTS, que nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergavam apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do PTS, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho.

Ainda Cunha (2007) dialoga sobre as dificuldades encontradas no PTS frente aos limites da prática clínica centrada na doença, portanto, reforça a necessidade de serem fornecidos instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmos e com os Sujeitos acometidos por uma doença de forma diferente da tradicional.

Os resultados apontaram 26 estudos com uma perspectiva de uso e construção do PTS PARA o sujeito e não COM o sujeito. Porém como já dissemos, as formulações teóricas sobre o PTS apontaram que sua construção deve ser conduzida por uma relação entre profissionais-usuários-família, sendo uma construção coletiva que visa o empoderamento. O PTS deve ser construído com base nas necessidades reais de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, sonhos e projetos de vida, através do diálogo mútuo e uma relação horizontal – trabalhador/usuário/família (DA SILVA et al.,2016; BELOTTI; LAVRADOR, 2016; CORRÊA, 2016; FERIGATO;SILVA; 2016; NOGUEIRA et al., 2016; JUCÁ,2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; GRIGOLO; PAPPANI, 2014; FERREIRA,2014; LOPES et al.,2012;CARVALHO et al.,2012; FIGUEIREDO,2012; MORORÓ; COLVERO;MACHADO, 2011;PINTO et al.,2011).

O Fazer PTS deve ser um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/ equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno

de uma situação de interesse comum. Deve haver uma formação de compromisso, como modo de responsabilização, entre os sujeitos no PTS (OLIVEIRA, 2010).

Oliveira (2010) fomenta que formular e operar um PTS demanda a realização de três movimentos, necessariamente sobrepostos e articulados: Coprodução da problematização (processo que produz o acesso dos sujeitos à singularidade do caso em discussão); Coprodução de projeto (desafio de conciliar as práticas de planejamento, com o sentido de projetualidade, ao mesmo tempo em que produza estímulo para participação ativa dos atores envolvidos) e Cogestão/avaliação do processo (surge desde o momento em que a equipe, mesmo antes de definir o caso, sente a necessidade ou é estimulada a criar ou qualificar os espaços coletivos de reunião).

Para Cunha (2007) a construção do PTS se dá inicialmente nas reuniões onde participam todos os membros da equipe a partir de uma discussão e atuação integradas. Nesse momento todos deveriam ter voz ativa e contribuir para que sejam abordados diversos aspectos do sujeito que vão além da questão diagnóstica e medicamentosa. A partir de um entendimento ampliado sobre o sujeito em questão são elaboradas propostas de ações.

4.2. ESPECIFICIDADES DO NÚCLEO DA TERAPIA OCUPACIONAL

Referente às produções científicas acerca das possíveis contribuições da TO na construção do PTS, foi possível identificar como o termo PTS vem sendo utilizado para a produção de conhecimento do núcleo da TO e também em diferentes campos nos quais estão inseridos terapeutas ocupacionais. Ao mesmo tempo, buscamos identificar como conceitos-chave da TO podem dar subsídios para as construções teóricas e práticas em torno do PTS.

Os estudos de Cordovil (2016), Jorge et al.(2015), Hori; Nascimento (2014) trouxeram a atuação da T.O na APS. É possível planejar as atividades que a TO deverá desenvolver no que se refere às contribuições específicas das tecnologias da profissão nos cuidados em saúde nesse nível de atenção como: participação no PTS, grupos de atividade corporal, de cuidados às pessoas com dores crônicas; oficinas de atividades com fins de sociabilidade, expressão e participação social; ações nos domicílios por meio de atividades de orientação e treinamento, tratamentos e ações organizadoras e estruturadoras das atividades cotidianas; oficinas terapêuticas, artísticas e culturais; atividades lúdicas; cooperativas sociais; atendimentos individuais para casos que necessitam de uma intervenção pontual na busca da prevenção da

instalação de quadros mais crônicos, sejam de ordem física como adaptações, órteses, manejo corporal, mental/psíquica ou social como projeto de vida, escuta qualificada, ressignificação do dia a dia, articulações intersetoriais (ROCHA; PAIVA; DOS HUMILDES OLIVEIRA, 2012).

Partimos de uma hipótese de que o conceito de cotidiano estaria no cerne das ações da TO quando se pensasse na construção de um PTS, no entanto, a forma como essas ações se refletem na literatura científica mostrou ao contrário, que o termo *ATIVIDADE* ainda é o mais amplamente utilizado pelos terapeutas ocupacionais, corroborando os achados do estudo de Lima, Okuma e Pastore (2013).

Isso não significa que terapeutas ocupacionais não estejam preocupados com o cotidiano dos sujeitos ao realizar atividades, mas o conceito de cotidiano, em sua dimensão conceitual construída por terapeutas ocupacionais não está expressamente apontado nos dados científicos analisados.

Discutimos esses resultados a partir da perspectiva crítica que tem como horizonte a indissociabilidade entre política e as práticas da profissão.

A perspectiva crítica da Terapia Ocupacional é essa que dialoga e funda sua concepção histórica e contextualizada de sujeito e coletivos em seus cotidianos de vida e subjetividades, tendo como horizonte a liberdade e a emancipação em busca da constituição de processos que promovam e ampliem a autonomia, participação social, cidadania e direitos humanos. “Quando focamos na subjetividade, nos atemos aos significados que as pessoas dão às suas experiências, isto é, a compreensão e interpretação que fazem de sua realidade social. Tal visão traz em si a ideia de que elas têm (ou buscam ter) autonomia de determinar o curso de suas vidas, exercendo livremente seus pensamentos e indo de encontro a seus desejos e anseios (GALHEIGO, 2003).

A partir dessa perspectiva foi possível levantar alguns questionamentos:

- Como elaborar um PTS sem de fato estar inserido no COTIDIANO dos sujeitos, sem ver, vivenciar e saber as atividades que envolvem esse cotidiano?
- O PTS não é exclusivo da TO então será o diferencial da profissão em uma equipe interdisciplinar durante a construção de o PTS pensar e abranger as estratégias das ações de cuidado ao cotidiano do sujeito?

A autora Galheigo (2012) nos traz o conceito amplo de cotidiano em uma perspectiva crítica, ressaltando que a aplicação da concepção de cotidiano em TO, destaca a produção de

subjetividade, a cultura, a história e o poder como aspectos que o constituem e nessa proposição que se dá em relação ao sujeito-cotidiano-história-sociedade ocorre a partir do compromisso ético e político dos profissionais, com a satisfação do sujeito, sendo essas práticas profissionais embasadas no objetivo de preservar a dignidade humana e respeitar a diversidade visando à emancipação e a cidadania dos sujeitos e dos coletivos de forma que possam garantir o acesso aos direitos e a justiça social. Nessa perspectiva, articular o PTS e o cotidiano seria uma forma de reduzir o risco meramente prescritivo de modos de vida em nome das práticas de saúde.

Assim, a partir dessa perspectiva, afirmamos e construímos as nossas práticas indo de encontro com o outro em cenários reais de vida, ou com as atividades realizadas por sujeitos individuais e coletivos em sua vida cotidiana criando e ampliando as possibilidades de vida dos sujeitos, ouvindo e empoderando através dos seus desejos e projetos de vida, de modo singular, independentemente do local, da demanda e das condições institucionais, tendo como objetivo sempre o sujeito individual ou no coletivo em ação.

Embora o número de estudos identificado seja pequeno, a partir dos achados textuais, podemos afirmar que, quando terapeutas ocupacionais se engajam na construção interdisciplinar de PTS, seus profissionais, pela natureza de sua profissão, colocam-se como potentes articuladores para a construção de redes e para o fortalecimento das ações de cuidado dentro das instituições e sua articulação direta com as atividades e modos de vida das pessoas sob cuidado.

A coprodução de autonomia, um dos objetivos históricos da terapia ocupacional e uma das propostas do PTS, na perspectiva desses profissionais, passa a ser produzida, não a partir de uma pretensão de cura, mas a partir do ganho dos sujeitos, em termos de coeficientes, de capacidade de lidar com os próprios problemas e potencialidades, com seu contexto socio relacional (OLIVEIRA, 2010b; FERIGATO; SILVA, 2016).

Nos textos se identificou também uma relação direta entre o PTS e a inserção social. Um compromisso importante firmado por terapeutas ocupacionais, que podem contribuir para que as estratégias de produção de cuidado, de fato produzam uma ampliação das possibilidades reais de vida dos sujeitos em atividades engajadas socialmente, escapando do risco de produzir intervenções que funcionem como estratégias de controle e disciplinarização da vida (FERIGATO; SILVA, 2016; RABELO, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de escopo examinou a extensão e alcance da produção científica, literatura cinza e de terapeutas ocupacionais sobre PTS que se deu na interface com os conceitos chave da TO, resumiu e relatou os dados da pesquisa, e identificou as lacunas visando empreender novas reflexões e pesquisas.

Foi possível identificar que as discussões sobre PTS estão mais fortemente inseridas no campo da Saúde Mental. E após a implantação da PHN há novas propostas do uso do PTS na APS, com ênfase nos NASFs.

Das potencialidades do PTS o mais importante a ser ressaltado é que ele é um dispositivo, não só para ampliar a clínica, e produzir um trabalho interdisciplinar incluindo o usuário, mas também porque dá pistas de como estão organizados os processos de trabalho, e a relação da instituição, trabalhador, o usuário e serviço.

Os estudos apontaram dificuldades dos profissionais em operar e tornar viável o PTS, sendo necessário capacitar e empoderar os profissionais dos diferentes níveis de atenção e complexidade para o uso efetivo do PTS. Na sua maioria os PTS foram construídos sem o usuário sendo que a construção do PTS deve ser um espaço de diálogo, e principalmente de VOZ para o sujeito singular, ampliando a coparticipação do sujeito no seu próprio PTS.

Não houve convergências e divergências entre a literatura cinza (o Estado em seu braço forte da Saúde, para gestores e profissionais) e a literatura científica (artigos diversos na maioria envolvendo estudos com profissionais), sendo possível analisar que o PTS é utilizado com os profissionais e gestores como forma de organizar o processo de trabalho através da capacitação e educação em saúde, sendo a literatura científica estudos com o uso do PTS e os da literatura cinza, normativas e recomendações do uso do PTS.

Na busca específica acerca da TO foi possível identificar que as discussões sobre PTS estão mais fortemente inseridas no contexto da Saúde Mental.

Os estudos apontaram que a TO que faz uso desse dispositivo está prioritariamente inserida nos serviços substitutivos de Saúde Mental e na APS, e a sua participação na construção do PTS auxilia como norteador desse processo de pensar o sujeito singular, em atividade, para que de fato as ações sejam potencialmente inclusivas e emancipatórias e não excludentes, promovendo ativamente a busca pelos direitos e a ampliação da autonomia como elementos centrais do processo de cuidado.

Em relação à construção de PTS através da perspectiva crítica da TO, em consonância com as construções teóricas em torno do PTS, se propõe que as ações possam ser direcionadas para as possibilidades de mudanças e crescimento capazes de transformar a situação existencial da pessoa em seu contexto de vida e não enquadrar usuários em protocolos, metas, e o/ou indicadores. O PTS deve ser uma ferramenta de ação técnica para orientar o trabalho da equipe, para que se promovam intervenções singulares pautadas nos sujeitos e nas possibilidades da rede de atenção.

Em relação à produção de conhecimento em TO foi notada uma lacuna frente ao uso de conceitos-chave que possam auxiliar na definição das ações e propostas da profissão nesses locais de atuação.

A partir desta revisão de escopo foi possível fomentar uma pesquisa para buscar o aprofundamento sobre a epistemologia do PTS, a correlação entre ele e a TO e podermos discutir o que de fato a profissão pode contribuir em uma equipe interdisciplinar na construção de PTS, o que é de especificidade da área e qual a finalidade da profissão que a diferencia das outras, quais outros conceitos utiliza, em que se embasa para que a prática seja da profissão, contribuindo ampliar os conhecimentos em e para a TO.

Com base na pesquisa de revisão e a minha experiência prática, foi possível fortalecer a ideia que através da discussão de cada caso, da minuciosa construção de um PTS em equipe interdisciplinar, junto ao usuário e família, estamos elaborando chances para uma vida, oportunidade de vivências, experiências, crescimento e empoderamento, e de que nós, profissionais, precisamos incorporar a responsabilidade ética-técnica e política dessas ações e sempre lembrar que as decisões sejam das mais simples as mais complexas necessitam de máximo empenho e dedicação de cada um envolvido no processo, afinal lidamos com vidas singulares, individuais e não números, estimativas, coisas e/ou objetos.

Contudo, ao final desta pesquisa, foi possível descrever o que a literatura brasileira diz a respeito do uso do PTS no campo da saúde e no núcleo da TO, discutindo o que a partir da minha experiência profissional sei sobre e o que esperava encontrar na literatura e não foi possível. Além disso, pudemos ampliar as possibilidades de se pensar sobre a construção/ uso do PTS, em diferentes contextos, com diferentes demandas. A partir disso o retorno que se dará a partir da minha pesquisa será propor a capacitação aos profissionais que fazem uso do PTS, informando os profissionais e gestores as possibilidades de uso do PTS em diferentes contextos e com diferentes demandas, ampliando possibilidades dentro dos serviços de saúde e além de informar as Regionais de Saúde a ampla abrangência do PTS em seus vários níveis

de atenção à saúde e sua importância e potência como um instrumento de gestão e clínica, muito além de um simples indicador.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. pp.117-139.

ARENDT, Hannah. **Entre o passado e o futuro**. São Paulo: Perspectiva, 1988.

ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: Towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**. Oxford (UK), v.8, n.1, p.19-32, 2005.

BARROS, Denise Dias. **Habilitar – Reabilitar: O Rei está nu?** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo, vl.2, n.2/3, pp.100-104, jun.- set. 1991.

BARROS, Juliana de Oliveira. (2010). **A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde**. São Paulo, SP, Brasil: Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BOURDIEU, P. LA **ILUSIÓN BIOGRÁFICA**. Acta sociológica, n. 56, septiembre – diciembre, pp. 121 – 128,2011.

BOCCARDO, Andréa Cristina S.; ZANE, Fabiana Cristina; RODRIGUES, Suréia; MÂNGIA, Elizabete Ferreira. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental**. Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo. São Paulo, vl. 22, n.1, pp.85-92, 2011.

BOTELHO, Rafael Guimarães; OLIVEIRA, Cristina da Cruz de. **Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual**. Revista Ciência da Informação. Brasília, vl. 44, n. 3, pp. 501–513, 2015.

BRASIL. **Portaria SAS/MS nº 147, de 25 de agosto de 1994**. Brasília- DF:1994.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2413/98**. Dispõe sobre AIH de pacientes crônicos/fora de possibilidade terapêutica. Brasília- DF:1998.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 6 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. Brasília- DF: 2001.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002**. Brasília- DF:2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília- DF: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília- DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília- DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Equipe de referência e apoio matricial**, Brasília- DF: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base**. 3 ed. Brasília- DF: 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília- DF: 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**, 2.ª Ed. Brasília, DF: 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**, 2.ª Ed., 1ª Reimpressão, Brasília, DF: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília, DF: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS – Atenção Básica**. Brasília, DF: 2010.

BRASIL. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica.** Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 276, de 30 de março de 2012.** Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Brasília, DF:2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental.** Brasília, DF: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, DF: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** vl. 1. Brasília, DF: 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, vl. 4, n. 2, pp. 393- 403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da Roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Revista Sociedade e Cultura. Goiânia, vl. 3, n. 1/2, pp. 51-74, jan- dez. 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, SP, vl. 9, n. 17, pp. 398–400, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, vl. 23, n. 2, pp. 399-407, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.** Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, SP, vl. 18, pp. 983–995, 2014.

CARVALHO, Sérgio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. **A gestão da atenção na saúde: elemento para se pensar a mudança da organização na saúde.** In: CAMPOS, G.W. (org.) Tratado de saúde Coletiva. Hucitec: Rio de Janeiro, 2006.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção à saúde: Uma reflexão sobre o tema do sujeito e da mudança.** Campinas, SP: 2002. 184 f. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas.

CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. pp. 236.

CÔRTEZ, Pedro Luiz. **A importância da literatura cinzenta disponível na internet para as áreas de ciências contábeis e administração de empresas.** Revista Brasileira de Gestão de Negócios. São Paulo, vl. 8, n. 20, pp. 13–22, 2006.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** Campinas, SP: 2004. 203 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DESCHAMPS, Andréa Luciana Poerner; RODRIGUES, Jeferson. **Política de saúde mental e projeto terapêutico singular.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis, vl.8, n.17, pp.78-92, 2016.

ESCOREL, Sarah; MOREIRO, Marcelo Rasga. Participação Social. In: GIOVANELLA L. et. al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde.** RJ/SP: Fiocruz/CEBES, 2008 p. 979-1010.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FERIGATO, Sabrina; CARVALHO, Sérgio Resende. O poder da gestão e a gestão do poder. In: CARVALHO, S.R; FERIGATO, S; BARROS, M.E. **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

FIGUEIREDO, Marina Dorsa; FURLAN, Paula Giovana; O subjetivo e o sociocultural na coprodução de saúde e autonomia In: Campos & Guerrero (orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. pp.15-33.

FIGUEIREDO, Marina Dorsa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. **Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas (SP): uma rede ou um emaranhado?** In: Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco, v.14, n.1, pp.129-138, 2009.

FIORATI, Regina Célia. **A organização dos serviços extra hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. 2010. 242f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FOCILLON, Henri. **Elogio da Mão**. In Serrote. São Paulo: Instituto Moreira Salles, n.6, 2010.

GALHEIGO, Sandra Maria. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 104-9, 2003.

GALHEIGO, Sandra Maria. **Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político**. Tog (A Coruña), vl.5, pp.176–187,2012.

HELLER, A. **O Cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Teria, 1972.

LEVAC, Danielle; COLQUHOUN, Heather; O'BRIEN, Kelly K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, United Kingdon, v.5, p.1-9, 2010.

LEFEBVRE, H. **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Álica, 1991.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. **A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional**. Revista de Terapia Ocupacional da USP, São Paulo, vl. 15, n. 2, pp. 42-8, 2004.

LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá. **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PASTORE, Marina Di Napoli; OKUMA, Danielle Guimarães. **As Atividades no Campo da Terapia Ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008**. Revista de Terapia Ocupacional da USP: São Paulo, vl. 22, n. 1, pp. 68-75, 2011.

LINASSI, Jordana et al. **Projeto terapêutico singular: Vivenciando Uma Experiência de Implementação**. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 425-434, jun. 2013. ISSN 2176-7114

LOBO, Elisabeth Souza. **Caminhos da sociologia no Brasil: Modos de Vida e Experiência**. Revista Tempo social, São Paulo: vl. 4, n. 1-2, pp. 7-15, dez. 1992.

LOPES, Paula Fernanda; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. **Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza, Ceará: vl.5, n.5, pp. 780-788, Set-Out. 2014.

MAGALHAES, Lilian; CARRASCO, Christine; GASTALDO, Denise. **Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions**. Journal of Immigrant and Minority Health, v. 12, n. 1, p. 132–151, 2010.

MAGALHÃES, Lilian. **Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, vl. 21, n. 2, pp. 255-263, 2013.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. **Contribuições da abordagem canadense “Práticas de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo, vl. 13, n.3, pp.127-34,2002.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. **Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo, vl.18, n. 2, pp. 54–62, 2007.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; CASTILHO, Jucelena Pietroforte Lopes Vargas; DUARTE, Velta Regina Eichman. **A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo, vl. 17, n. 2, pp. 87–98, 2006.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; YASUTAKI, P. M. **Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 19, n. 1, 2008.

MARION, José Carlos; DIAS, Reinaldo; TRALDI, Maria Cristina. **Monografia para os cursos de Administração, Contabilidade e Economia.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MEADOWS, Arthur Jack. **A comunicação científica.** Brasília: Briquet de Lemos, 1999.

MERHY, Emerson Elias. **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.** Campinas; 1999.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 4, p. 109-116, 2000.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 15ª edição. São Paulo: Hucitec; 2014.

MIRANDA, Ana Clara Araújo; FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; SAMPAIO, Marisa Amorim. **A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Pernambuco: vl.14, n. 3, pp. 251-260, jul-set. 2014.

NASCIMENTO, B. A. **O mito da atividade terapêutica.** Revista de Terapia Ocupacional da USP: São Paulo, vl. 1, n. 1, pp. 17-21, 1990.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.** Campinas, SP: 2003. 205 f. Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** Campinas, SP: 2007. 176 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** São Paulo: Hucitec, vl. 2000, 2008.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O Projeto Terapêutico Singular. In: Cadernos HumanizaSUS. 2º vl. **Atenção Básica.** Brasília – DF: 2010.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.** Campinas, SP: 2011, 168 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

OLIVER, Fátima Corrêa et al. **Participação e exercício de direitos de pessoas com deficiência:** análise de um grupo de convivência em uma experiência comunitária. Revista Interface: Botucatu, vl.8, n.15, p.275-288, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; GAMA, Carlos. **Saúde mental na atenção básica.** In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). PAS; OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo – 2001:** Saúde Mental Nova Concepção. Nova Esperança. Genebra, Suíça: 2001.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.** Revista Ciência e Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, vl. 12, n. (sup.), p. 1819–1830, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIS, José Machado. **Vida cotidiana.** Enigmas e revelações. São Paulo: Cortez,2003.

PAIS, José Machado. **O cotidiano e a prática artesanal da pesquisa.** Revista Brasileira de Sociologia, vl. 1, n. 1, p. 105-128, 2013.

ROCHA, Eucenir Fredini.; SOUZA, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de. **Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios.**

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, 2011.

ROCHA, Eucenir Fredini; PAIVA, Luzianne Feijó Alexandre; DOS HUMILDES OLIVEIRA, Renata. **Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, vl. 20, n. 3, 2012.

RODRIGUES, Jeferson; DESCHAMPS, Andréa Luciana Poerner. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** Florianópolis - Santa Catarina, Brasil: vl. 8, n. 17, p. 78-92, 2016.

SALLES, Mariana Moraes; MATSUKURA, Thelma Simões. **Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. São Carlos, São Paulo: vl. 21, n. 2, pp. 265-273, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. "Poderá o direito ser emancipatório?". **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 65, p. 4-12, mai. 2003.

SERRANO, Odonel Ferrari. **Apoio matricial e projeto terapêutico singular na experiência do NASF Lapa Pinheiros** - São Paulo; São Paulo. Secretaria da Saúde; out. 2010. 1 pp. ilustr.

TRAUTWEIN, Carmen Tereza Gonçalves; et al. **Projeto Terapêutico Singular e Cidadania: Desafios para os Serviços de Saúde Mental.** São Paulo: 2010. 15 p. Monografia (Especialização em Saúde Mental) - Centro colaborador da organização mundial da saúde para pesquisa e treinamento em enfermagem em saúde mental, Universidade Federal de São Paulo.

VIANA, Dirce Laplaca. **Gestão do Trabalho em Saúde: revisão da literatura por meio de scoping review.** São Paulo: 2013. 174 p. Universidade de São Paulo - Faculdade de saúde pública.

KHOURI, Elizabeth; et al. **Projeto Terapêutico Singular: uma proposta para o fortalecimento da rede de São Paulo;** SMS; s.d. 1 p.