

# ENTENDENDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM CAPS

Pesquisador: ANDERSON BORGES FERREIRA  
Orientadora: Enf<sup>a</sup>. Mest. RITA MELLO DE MELLO  
Co-orientadora: Psic<sup>a</sup>. Esp. ANELISE KIRST DA SILVA

## ENTENDENDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM CAPS

### RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) vêm sendo o principal instrumento de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a ferramenta possibilita uma maior autonomia do usuário, a construção de uma clínica interdisciplinar e principalmente a reinserção psicossocial do indivíduo com sofrimento mental no seu contexto sociocultural. Esses conceitos são fundamentais para estabelecer um cuidado cada vez mais próximo das características preconizadas pela Atenção Psicossocial no atendimento em saúde mental formulados desde o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este estudo buscou 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, observando ainda se este processo se enquadra no modelo intitulado Projeto Terapêutico Singular (PTS) preconizado pela cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” lançada em 2008 pelo Governo Federal do Brasil. A pesquisa foi aplicada exclusivamente para os trabalhadores dos locais pertencentes ao estudo que tiveram que preencher o questionário elaborado unicamente para esta pesquisa. 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. O artigo é resultado do estudo quantitativo e qualitativo de título homônimo necessário para a conclusão do curso de residência integrada em saúde com ênfase em saúde mental pertencente à instituição Grupo Hospitalar Conceição.

### INTRODUÇÃO

Ao entender que o desafio da saúde atual é humanizar, cria-se a necessidade de desenvolver ferramentas para que a clínica e a gestão do cuidado sejam pensadas de modo a valorizar o conhecimento e a história de vida de seu usuário. Nesse cenário que surge o Plano Terapêutico Singular (PTS), 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 (BRASIL, 2008).

A primeira área da saúde a apostar no PTS foi a saúde mental 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 formadas as bases da clínica ampliada e da equipe de referência alicerces para ser instituído o PTS (BOCCARDO, ZANE, RODRIGUES, MÂNGIA, 2011).

Embora o conceito de projeto terapêutico singular assuma vários aspectos conforme o autor que se estuda, pode-se concluir que essas compreensões são complementares e não diferentes entre si (BOCCARDO, ZANE, RODRIGUES, MÂNGIA, 2011). Mas, para fins de elucidação e definição de conceito, serão usados os apontamentos da cartilha do Ministério da Saúde, intitulada “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, da Política Nacional de Humanização (PNH), de 2008. Nela, o PTS está definido como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo, resultado de uma discussão interdisciplinar de uma ou mais equipes onde todas as opiniões e propostas são importantes para tentar entender o sujeito (BRASIL, 2008).

É através do PTS que os serviços do tipo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm trabalhando com alguns dos casos mais graves em saúde mental. Ao assumir o papel de articulador da rede e principal responsável para atuar e pensar a clínica da atenção em saúde mental esses serviços assumiram funções estratégicas no planejamento do cuidado para casos bastante complexos. O desafio passou a ser o trabalho baseado em processos mais simples e eficientes a fim de atingir perspectivas mais realistas, mas não menos importantes no cuidado em saúde.

## **O SURGIMENTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA HISTÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA**

A situação precária aos quais os trabalhadores de saúde dos hospitais psiquiátricos brasileiros foram expostos até meados dos anos 70 juntamente com o tratamento desumano e moralista que algumas pessoas com sofrimentos mentais e alterações comportamentais receberam culminou na desconfiança e questionamento do modelo médico-psiquiátrico até então hegemônico. O modelo passou a ser desacreditado tanto pela não efetividade de cura que buscava atingir quanto pelo processo de cuidado que oferecia sem que condições minimamente satisfatórias de humanidade, direitos e saúde fossem oferecidas aos seus pacientes. As formas de produção de diagnóstico e cuidado até então vigentes passaram a ser contestadas por um movimento social nomeado de Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica passou a compreender o sofrimento mental de maneira ampliada distanciando se da concepção unicamente anatomobioquímica. O sofrimento psíquico vem sendo entendido desde então como um elemento resultante da confluência dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais os quais o indivíduo ou comunidade pertencem (CARVALHO, MOREIRA,

RÉZIO, TEIXEIRA, 2012). Foi através dessa concepção ampliada de saúde/doença que dois fenômenos passaram a ser cruciais no tratamento de saúde mental: a necessidade de um tratamento concebido e implementado através de uma equipe formada por múltiplos núcleos profissionais que ao combinarem seus olhares e saberes poderão ser capazes de promover um trabalho interdisciplinar (inclusive diagnóstico); e a possibilidade de introdução e valorização dos conhecimentos do usuário de maneira a propiciar o seu protagonismo e autonomia no processo de saúde no qual é alvo (CARVALHO, MOREIRA, RÉZIO, TEIXEIRA, 2012).

Mas para que esses dois fenômenos pudessem alçar de ideologias para reais práticas de saúde foram necessários 20 anos de investimento em novos recursos humanos; materiais e técnicos que pudessem assim possibilitar o surgimento ou englobamento de diferentes áreas, serviços, modelos de atenção, processos de trabalho, diretrizes de governo, políticas de gestão, leis e portarias em saúde capazes de garantir tal avanço.

O período que compreende o final dos anos 80 até o início da década de 2000 foi o momento histórico social que mais próximo chegou de alterar o paradigma da saúde mental do modelo Clínico Psiquiátrico em Regime Manicomial (onde a comunidade era somente objeto de tratamento em saúde) para o atual modelo de Clínica Ampliada com vistas a Reinserção Psicossocial que propicia maior protagonismo social na sua produção de saúde.

A participação comunitária no processo de pensar, executar e gerir saúde ganha relevância após a lei federal 8.142/90 que determina a participação social nos conselhos de saúde e conferências de saúde passo fundamental para a inclusão do usuário de saúde na gestão do cuidado (BRASIL, 2004).

Já a mudança do modelo de saúde mental que viria fechar os hospitais psiquiátricos, promovendo assim as internações de saúde mental em hospitais gerais bem como a programação da desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais só viria a surgir uma década depois no território nacional. Embora houvesse leis estaduais como a nº 9.716 de 1992 do Rio Grande do Sul e nº 12.151 de 1993 do Ceará que dissertavam sobre o fechamento de manicômios, a reinserção dos portadores de sofrimento mental a sociedade, e a garantia de benefícios e aposentadorias para aqueles usuários portadores de transtornos mentais graves e/ou persistentes, os direitos só passaram a vigorar e serem de fato adquiridos através das leis nº 9.867 de 1999, nº 10.216 de 2001 e nº 10.708 de 2003 que ainda propiciaram uma mudança no panorama nacional uma vez que estas são leis federais e passaram a influir em todo o território brasileiro (BRASIL, 2004).

Completo-se então a mudança de estrutura, direção e política de se fazer saúde mental com o lançamento da Portaria GM nº 336 de 2002 que viria regulamentar os serviços do tipo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) explanando sua estruturação, equipe que os constituem, modelo de atendimento e perfil de usuário a serem atendidos. A portaria ainda determina o serviço CAPS como o principal articulador da rede na atenção em saúde de portadores de transtornos mentais bem como referência em cuidado no modelo de atenção psicossocial (BRASIL, 2013).

Podemos concluir que este período histórico marcado por avanços sociais, políticos e legais protagonizado por profissionais, usuários e gestores propiciou a consolidação de uma nova clínica em saúde, ainda incapaz de desconstruir por completo o modelo biologista ainda permanente, embora tenha tido força suficiente para abalar sua hegemonia como é possível vislumbrar na atualidade.

## **O TRIPÉ: EQUIPE DE REFERÊNCIA, CLÍNICA AMPLIADA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR**

A conclusão de que a falta de recursos compromete a qualidade do atendimento é tão verdadeira quanto à existência deles não ser uma garantia de bom atendimento em saúde. A humanização da gestão e da atenção do SUS tornou-se essencial e com ela a valorização de elementos antes ignorados ou até mesmo inexistentes, mas de fácil acesso e desenvolvimento (BRASIL, 2008). Foi pensando na estimulação e apresentação destes elementos que o Governo utilizou as cartilhas de Humanização do SUS para servirem como veículo de comunicação tanto quanto difusores do saber. Na cartilha intitulada clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular fica claro que estes três elementos possuem relação próxima entre si e só se desenvolvem com maestria quando coexistentes (BRASIL, 2008).

A clínica ampliada é o conceito que visa valorizar o tratamento, conhecimento e atendimento de todo o profissional que compõem um serviço de saúde e não somente visando o tratamento biopatológico comum dos profissionais médicos (BRASIL, 2008). Atualmente é impossível pensar em qualquer instituição de saúde que não seja formada por uma equipe multiprofissional, mas o grande desafio é tornar esse grupo capaz de atuar em igualdade de poderes e de modo a valorizar o saber do outro independente do campo e nível de formação que possui.

A clínica ampliada é também uma forma de pensar saúde de modo expandido, ou seja, a saúde passa a ser considerada uma soma de muitos elementos de setores diferentes que em congregação e disponibilidade suficiente tornam a vida do sujeito mais qualificada conforme padrões próprios (subjetivos) sendo necessário também incorporar a participação e o conhecimento deste sujeito promovendo sua autonomia e corresponsabilidade no próprio cuidado (CARVALHO, MOREIRA, RÉZIO, TEIXEIRA, 2012). A clínica ampliada é um novo modelo de se atuar e gerir saúde, promovido de modo qualificado através de uma equipe de referência.

Equipe de referência é o grupo responsável por gerenciar e atuar no cuidado do usuário de um serviço de saúde, mas este não necessariamente se constitui somente com participação de profissionais de saúde, já que visa atender uma clínica ampliada de qualidade de vida. Há, portanto a necessidade de formar um grupo o mais heterogêneo capaz de construir diagnósticos e cuidados que impactem nos mais diversos aspectos da vida de um indivíduo ou comunidade (BRASIL, 2008). Assim preconiza-se a promoção de saberes em igualdade de familiares, comunidade, escola, serviços de apoio social, políticos, ONG's e tantos outros atores dos mais variados setores. Tão importante quanto conseguir compor essa

variedade que forma a equipe de referência é conseguir capacitá-los a comporem junto um trabalho interdisciplinar e colaborativo em prol dos interesses e necessidades de seu público alvo (BRASIL, 2008).

É através dos preceitos da clínica ampliada e apostando na potencialidade das equipes de referência que surge a implementação do processo de construção e condução de um projeto terapêutico singular (PTS). É bem verdade que da combinação de elementos políticos e sociais de empoderamento do usuário, juntamente com a consolidação da atenção psicossocial para atendimento em saúde mental e o fortalecimento da equipe interdisciplinar tornou-se necessário e possível a formulação e o desenvolvimento de projetos terapêuticos voltados a necessidades da vida do indivíduo mais do que planos terapêuticos voltados a tratar somente sua patologia (SOUZA, NASCIMENTO, 2006).

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).

Por fim, podemos considerar que a clínica ampliada, a equipe de referência e o projeto terapêutico singular compõem o tripé de uma nova possibilidade de se fazer saúde de modo a atingir resultados mais resolutivos e qualificados, sem a necessidade de ampliar serviços, recursos humanos e/ou materiais, mas sim qualificando o que já se possui.

## **MÉTODO**

Trata-se de estudo que analisa o modelo de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pertencentes à maior instituição de saúde do município de Porto Alegre no Rio Grande do Sul (RS) realizado no ano de 2013. O estudo tem relevância pela importância que o processo de construção do PTS pode impactar na qualidade do atendimento do serviço ao usuário portador de sofrimento mental e também pelo conhecimento que pode propor aos serviços para compreender melhor como o processo de cuidado vem sendo desenvolvido.

A escolha pela abordagem qualitativa e quantitativa se justifica pelo fato do tema PTS precisar ser analisado em categorias de respostas com valores numéricos e de frequência apontam indicadores estatísticos determinantes para sua análise tanto quanto das suas variáveis não matemáticas, mas que necessitam de mensuração para mensuração de sua qualidade (LOBIONDO-WOOD, HABER, 2011).

O estudo dividiu-se em quatro etapas: elaboração do questionário, coleta de dados através da aplicação do questionário aos trabalhadores pertencentes aos serviços participantes do estudo, análise de conteúdo com a construção de categorias a partir das respostas dos questionários e a correlação dessas categorias levantadas com o material bibliográfico de apoio.

Para a elaboração do questionário utilizou-se o método Survey do tipo exploratório visando familiarizar o pesquisador a cerca do tema estudado identificando conceitos iniciais sobre o tópico PTS, dando ênfase de como deveriam ser medidos e apresentados os conceitos referentes ao tema escolhido

(FREITAS, OLIVEIRA, MOSCAROLA, 2000). O material de apoio utilizado para a elucidação do tema e categorização dos itens a serem analisados e mensurados advém da cartilha - série textos básicos de saúde lançada pelo Governo Federal do Brasil no ano de 2008, intitulada “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” que pertence ao Plano Nacional de Humanização. A mesma especifica o PTS como uma prática de gestão e intervenção do cuidado de modo mais humanizado buscando torná-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.

A partir desta definição e da análise do material de apoio o questionário constituiu-se com base em 4 grandes eixos temáticos, os dois primeiros diretamente relacionados ao tema PTS: **1º O processo do PTS como é feito** (O que é? Como é feito? O que é feito? Quem participa?), **2º Conhecimentos referentes ao tema PTS** (Como deveria ser? Que conhecimentos deveriam ser concebidos previamente?), e os dois últimos são elementos contributivos essenciais para o processo de construção do PTS: **3º Clínica Ampliada** (Existe? Quem contribui? Há participação total da equipe?), **4º Equipe de Referência** (Existe? Quem a compõem? Há igualdade de participação?).

Quanto ao processo de coleta de dados este se deu nos meses de outubro e novembro, através do questionário elaborado especificamente para esta pesquisa e o seu modelo está disponível no ANEXO 1. O aplicador do questionário foi o próprio pesquisador deste estudo para fins de elucidação de dúvidas a cerca do material. O questionário foi aplicado individualmente para trabalhadores com vínculo empregatício pertencente aos serviços CAPS participantes da pesquisa. O tempo de duração máximo para preenchimento do questionário foi de uma hora.

A amostra populacional foi composta por trabalhadores em atuação no ano corrente da pesquisa em um dos serviços Centro de Atenção Psicossocial participantes da pesquisa (CAPS adulto tipo II, CAPS álcool e drogas tipo III e CAPS infanto-juvenil tipo II). Os trabalhadores foram divididos em três grupos de análise compostos pelas seguintes categorias: **grupo 1** médicos e enfermeiros, profissionais de nível superior que estão obrigatoriamente indicados para compor o serviço CAPS, conforme Guia de Serviços de Saúde Mental 2002, **grupo 2** demais profissionais de nível superior não médicos e não enfermeiros e **grupo 3** composto pelos demais profissionais de nível médio e técnico (PERS/SES, 2002). A amostra da pesquisa (entrevistados participantes da pesquisa) atingiu um percentual igual ou superior a 30% da população (profissionais que compõem a equipe profissional de cada serviço) contabilizando um total de 20 entrevistados.

Para preservar o sigilo e a imagem dos serviços participantes da pesquisa foram utilizadas as seguintes identificações dos locais de pesquisa: serviço1, serviço2 e serviço 3 escolhidos de modo aleatório.

Os serviços aceitaram participar da pesquisa após apresentação da proposta do estudo a cada uma das equipes, os profissionais selecionados para compor a amostra do estudo foram escolhidos de modo aleatório e voluntário, através de sorteio e buscando compor um mínimo de 25% da equipe base do seu

serviço observando os três grupos de pesquisa pré-estabelecidos e já mencionados. No serviço 3, um dos selecionados pertencentes ao grupo 1 estava em licença férias no período de coleta dos dados não sendo possível a substituição em tempo da conclusão da pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Quanto a análise das respostas coletadas no questionário foi utilizado o método Survey exploratório descritivo que segundo LoBiondo-Wood & Haber (2011) pretende que os dados coletados (referentes a eventos já ocorridos) formem grupamentos entre si ou padrões de resposta ainda não categorizados ou definidos. Através da análise dos questionários preenchidos os seguintes resultados são apresentados:

### **Serviço 1**

Ao analisar os resultados das duas primeiras questões percebemos uma unanimidade de percepções dos trabalhadores do serviço 1, os mesmos acreditam fazer uso da ferramenta de cuidado PTS (sim 100%) para todos os casos (100%) atendidos no local de estudo.

Quanto ao momento em que o PTS é construído percebemos aqui as primeiras divergências de visões entre os grupos analisados. Prevaleceu a concepção de que o PTS é construído em qualquer momento desde que se avalie que o caso é bastante delicado ou complexo (3 votos= 42,8%), o que não exclui as possibilidades de construção do PTS na reunião de equipe subsequente ao primeiro atendimento presencial (2 votos= 28,6%) ou na reunião após dois atendimentos em caráter avaliativo (1 voto= 14,25%), porém ela discorda com a opção assinalada de construção em um momento pré-definido que normalmente é superior a dois meses (1 voto= 14,25%). Entendendo que a opção mais votada propõem a construção do PTS quando se percebe complexidade ou dificuldades no caso seria uma omissão com a proposta de cuidado sugerida determinar prazos, uma vez que o usuário pode apresentar piora em períodos menores que o estipulado, inclusive mostrando sua complexidade já no seu ingresso no serviço.

Com relação às questões 4 e 5 referentes ao papel da equipe profissional na construção do PTS, a maior parte dos entrevistados acredita que a construção do projeto terapêutico singular se dá em equipe ou em grupo (6 votos= 85,7%), e deste modo todos se consideram responsáveis na construção do PTS. A maioria dos trabalhadores (5 votos= 71,4%) acredita que nem sempre seu conhecimento, experiência e percepção possui o mesmo valor que o de outros profissionais. A pesquisa não evidencia nenhum grupo dos estudados como sendo mais ou menos influente neste processo, mostrando apenas um discreto valor (um profissional de nível superior) acreditando que seu conhecimento, experiência e percepção raramente são considerados.

Com relação às informações que a equipe profissional considera mais relevantes para construir o PTS do usuário destacaram-se primeiramente as dificuldades ou problemas do usuário percebidos pelo profissional da equipe (6 votos= 85,7 %), seguido pelas preferências e desejos referidos pelo usuário juntamente com as informações relatadas por outros locais e outros setores (4 votos cada= 57,1%). Note

que aqui surge um dado muito positivo de destaque da rede de apoio ao usuário composta não somente pelos serviços de saúde, mas também de serviços de outros setores. Fica evidente a visão ampliada de clínica e cuidado que o serviço busca reconhecendo o apoio e a necessidade de contato com a rede intersetorial que atende o usuário. 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 referidos pelo próprio usuário atingiu 42,8% dos votos.

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 (CARVALHO, L.G.P.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXEIRA, 2012).

Outro dado importante advindo da pesquisa foi entender que critérios a equipe profissional considera relevantes para inserir um usuário nos atendimentos e atividades que o próprio serviço disponibiliza. De um modo geral o critério considerado mais importante foi a motivação e o desejo do usuário em estar na atividade sugerida. Para todos os grupos este é reconhecido como o principal elemento a ser avaliado. Para o grupo formado pelos enfermeiros e médicos a condição ou o estado mental do indivíduo é fundamental também para incluí-lo em qualquer que seja a atividade. O desejo do trabalhador em estar atuando no caso também ficou em evidência no estudo embora em menor relevância do que os critérios anteriormente citados. Outros critérios também surgiram na pesquisa, mas nenhum com expressividade suficiente para ser mencionado como critério geral de um dos grupos ou do serviço em geral.

Quanto aos recursos e espaços pensados para o PTS a opção com maior número de votos foi aquela que descreve os profissionais construindo o PTS com o uso de recursos e espaços tanto do próprio serviço quanto de outros locais, buscando assim atividades que atendam os interesses do usuário, suas necessidades terapêuticas e outros aspectos relevantes de sua vida.

No que diz respeito à participação do usuário na construção e condução do seu próprio PTS (protagonismo e autonomia) percebemos aqui algumas divergências entre os grupos analisados e também

entre o próprio conjunto (a equipe profissional como um todo). Primeiramente 57,1% dos entrevistados (4 votos) acreditam que o usuário participa do processo de construção do PTS, porém os outros 42,9% (3 votos) discordavam dessa afirmação. Há uma clara discordância de percepção desta questão entre o grupo formado por profissionais de nível superior e os profissionais de nível médio. O primeiro grupo parece ser menos crédulo na participação do usuário em seu próprio PTS, 66,6% deles acreditam que isso não acontece, apesar disso, na questão que quantifica o nível de envolvimento do usuário em seu próprio cuidado nenhum profissional classificou como inexistente a participação do usuário, mas sim como fraca a participação do usuário na construção do PTS. Os profissionais de nível médio e técnico são unânimes acreditando que a participação do usuário em seu próprio cuidado existe, mas ainda assim também a quantificam como média. 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 sejam feitos avanços para que o usuário participe fortemente desse processo segundo a avaliação da própria equipe.

Quando há divergências da equipe profissional com o usuário sobre o plano instituído, para a maior parte dos entrevistados (5 votos= 71,4%) avaliou-se que é buscada uma proposta que alia o interesse do usuário e o conhecimento profissional. No entanto, 28,9% (2 votos) avaliam que prevalece o conhecimento da equipe profissional em detrimento do interesse do usuário.

Segundo os dados obtidos no estudo o processo de reavaliação do PTS acontece neste serviço, embora apresente falhas conforme análise dos próprios entrevistados(71,4%). O restante dos entrevistados (28,6%) preferiu destacar o modo como acontece a reavaliação não se atendo ao fato de que o processo possui ou não falhas. Para estes profissionais a percepção da equipe profissional com relação à mudança de necessidades e/ou objetivos do próprio usuário é o fator que conduz a reavaliação do PTS. Podemos especular que por não haver uma rotina ou periodicidade estipulando como ou quando realizar a reavaliação cria-se uma atividade dependente do processo humano (da percepção do profissional) que além de subjetivo não é necessariamente sistemático.

Entendendo que mesmo que com falhas, a reavaliação do PTS acontece, foi questionado que aspectos os profissionais consideravam mais importantes para dar seguimento a esta etapa do processo: para 85,7% dos entrevistados o agravamento das condições clínicas e o nível de dificuldade em atingir os objetivos propostos são o principal motivo de reavaliação do PTS. Todos os grupos tiveram esses mesmos aspectos como destaque. O grupo formado por trabalhadores de nível superior ainda destacou o grau de adequação psicossocial do sujeito como fator relevante. A pesquisa mais uma vez nos mostra que são os problemas e não as potencialidades que permeiam o consciente da equipe não só na criação do plano terapêutico singular, mas também em seu desenvolvimento e condução. A mudança de necessidades e/ou objetivos do próprio usuário percebidas pela equipe profissional, citada anteriormente como motivador da reavaliação do PTS, se torna mais perceptível quando há piora de algum desses fatores do que quando há a melhora?

Relativo ainda ao processo de reavaliação do PTS as informações mais relevantes advindas do próprio usuário não puderam ser esclarecidas nesta pesquisa. Isso aconteceu devido ao fato de que de modo incomum (e específico desta questão) a maior parte dos profissionais que preencheram o questionário cometeu o equívoco de assinalar mais do que uma resposta para esta questão que pedia uma única afirmativa. Como nem todos os profissionais conseguiram fazer a escolha por uma única resposta e como nem todos os casos puderam ser corrigidos em tempo a informação extraída nesta pesquisa fica descaracterizada e não reproduz a real percepção dos entrevistados nesta questão em específico já que alguns assinalaram uma única resposta e outros até cinco. O fato aconteceu com os três serviços entrevistados e por este motivo não haverá informações conclusivas com relação a esta questão.

As últimas três perguntas do questionário visam demonstrar os conhecimentos pré-existentes sobre o tema Plano Terapêutico Singular e diferente do restante do questionário não havendo relação direta com o processo como hoje é feito no serviço, mas sim como os entrevistados acreditam que deveria ser feito.

A primeira questão busca elucidar dentre uma lista de possibilidades (conhecimentos, ações e recursos de seu serviço) aqueles itens que o trabalhador entrevistado considera essencial na construção do PTS para o usuário. Fica evidente que os grupos têm divergências de prioridades na construção do PTS, já que o grupo formado por médicos e enfermeiros conclui que os itens mais importantes da lista foram os recursos humanos e materiais adequados juntamente com a integralidade do cuidado (100%), enquanto que o grupo formado por outros profissionais de nível superior avaliam que os itens de maior necessidade foram a existência de uma equipe de referência, o incentivo à autonomia do usuário em relação ao seu cuidado e o envolvimento da rede setorial e intersetorial (100%). Para o grupo de profissionais de nível médio e técnico os itens indispensáveis foram equipe multiprofissional capaz de atuar interdisciplinarmente, a existência de uma equipe de referência e a rede de apoio forte (100%). Notamos que apenas o item equipe de referência é repetido entre os três grupos (percentual de 85,7%). Essa divergência entre os grupos pode ser um fator positivo de complementação de saberes e visões desde que os grupos que constroem o PTS sejam compostos heterogeneamente por trabalhadores dos três grupos deste estudo podendo assim somar esses saberes no momento da construção do PTS do usuário.

Ainda segundo a pesquisa 42,8% entrevistados avaliam que a melhor maneira de construir um PTS é através da discussão de caso dialogada entre a equipe e o usuário. Ainda que um resultado dúbio, já que a maior parte da equipe optou por outras questões que não tiveram juntas uma representação matemática superior a essa opção, mas que somadas destacam a não inclusão do usuário nesse processo. É preciso ter cuidado pois este serviço mesmo identificou que há dificuldades da inclusão do usuário no processo de construção do seu próprio cuidado como visto já em resultados anteriores e o próprio serviço identifica que o incentivo a corresponsabilidade do usuário no seu próprio cuidado é item indispensável para a construção de um bom PTS 57,1%. Então cabe aqui uma mudança de postura e até de conhecimento da própria equipe, visando pensar em ações e planos que fortifiquem o protagonismo e a autonomia deste usuário.

Por fim, os entrevistados concluíram que o PTS é “...o exercício de diagnosticar, planejar, orientar, intervir e reavaliar as ações de saúde de uma equipe profissional de saúde. A equipe precisa atuar com base num cuidado não medicalizante sendo necessário o trabalho multidisciplinar para seu desenvolvimento. O resultado é um cuidado de saúde psicossocial, antimanicomial, humanizado, com isonomia profissional e não médico-centrado (clínica ampliada)”. Embora esse texto possua muitos dos principais elementos da construção de um PTS como o cuidado não medicalizante, o tratamento humanizado, a clínica ampliada e um trabalho organizado em etapas com diagnóstico, planejamento, orientação, intervenção e reavaliação; nesta opção foram excluídos elementos importantes como a participação do usuário e de outros atores (inclusive de outros setores) na construção do PTS, elementos destacados previamente como essenciais para o PTS (rede de apoio forte e envolvimento setorial e intersetorial). É importante destacar a sutileza do grupo ter feito a opção por uma equipe de saúde em detrimento de uma equipe de referência (que pode vir a incluir profissionais que não são da saúde) mostrando ainda que sutilmente uma centralização da organização de processo e pensamento do cuidado do usuário.

## **Serviço 2**

A análise inicial mostra que o processo de construção do PTS neste serviço existe (sim 100%) e que o mesmo ocorre para todos os usuários (100%). A construção do PTS é feita em grupo ou equipe (80%) na reunião de equipe, porém não ficou claro se isso acontece na reunião subsequente ao acolhimento deste usuário (40%) ou se é feito após o usuário ter sido atendido pelo menos mais duas vezes em caráter avaliativo (40%). Não foi excluída a possibilidade de que o processo ocorra em ambos os momentos ficando necessário(s) mais atendimento(s), além do primeiro presencial (acolhimento) para melhor avaliar o plano onde o caso não foi suficientemente conclusivo em atendimento único.

Outro ponto de unanimidade esteve na visão de que todos os grupos profissionais entrevistados se percebem como responsáveis na construção do PTS e acreditam que seu conhecimento, percepção e experiência são relevantes na construção do PTS, embora isso ocorra às vezes (80%) para a maior parte, um dos entrevistados acredita que isso ocorre sempre (20%).

A visão da equipe profissional quanto às informações mais importantes para construção do PTS do usuário foram as seguintes: em primeiro lugar (com unanimidade) ficaram as opções que dissertavam sobre os desejos do usuário tanto quanto a percepção profissional das dificuldades e problemas que o mesmo apresenta. Outros dois dados relevantes foram às preferências e desejos do usuário que o profissional percebeu (80%) e as dificuldades e problemas relatados pelo próprio usuário (60%). É preciso alertar que o serviço tem em seu processo de primeiro atendimento presencial (acolhimento) a recomendação de que o usuário venha acompanhado do familiar/responsável e este normalmente também participa do atendimento, no entanto apenas um dos profissionais considerou (dentre os itens mais importantes para a construção do PTS) as informações advindas do familiar/responsável como um item relevante.

Dentre os critérios priorizados pelo trabalhador para incluir o usuário em alguma atividade ou atendimento do serviço tiveram destaque: O desejo e motivação do usuário em estar no que foi designado (80%), a sua condição ou estado mental (60%) e os critérios estabelecidos pelo coordenador 2 (40%), ainda houveram outros critérios lembrados, mas nenhum deles conseguiu expressão numérica suficiente para serem referidos como próprios de algum grupo ou da equipe profissional ficando possível uma interpretação de que a relevância destes itens é apenas individual.

Quanto aos recursos e espaços utilizados na construção do PTS os entrevistados acreditam que são usados aqueles pertencentes ao serviço tanto quanto aqueles fora do serviço tentando garantir as necessidades clínicas e também de vida do usuário (80%).

Quanto à participação do usuário no processo de construção e condução do seu próprio cuidado a pesquisa mostrou que para os entrevistados essa participação existe (100%) e ela é média/forte (ambos com 40%). Nos momentos onde há divergências entre equipe profissional e usuário na construção do PTS prevalecem medidas que busquem o interesse do usuário tanto quanto as necessidades observadas pelo conhecimento profissional (60%), embora um dos entrevistados tenha observado que essa decisão pende mais para o lado dos profissionais, o processo busca uma intermediação entre as partes.

Ao considerar os resultados endereçados a analisar o processo de reavaliação do PTS 60% dos entrevistados acreditam que a reavaliação é feita, mas que há falhas nesse processo. A outra parte da equipe assinalou que a reavaliação é feita através das percepções dos trabalhadores quanto à alteração nos objetivos e necessidades do usuário (40%). Podemos concluir que o processo de reavaliação do PTS existe nesse serviço, porém não possui uma periodicidade estipulada. Dos aspectos considerados mais comuns na reavaliação do PTS do usuário foram escolhidos os seguintes: a motivação e a aptidão do usuário de estar no espaço designado, tanto quanto, o agravo de suas condições clínicas (80%), o nível de dificuldade de atingir os objetivos propostos e o grau de adequação do paciente ao seu convívio psicossocial (40%), além da longa permanência do referido no mesmo serviço (20%). A questão relacionada aos dados advindos do paciente considerados mais importantes para auxiliar na reavaliação de seu PTS possuiu desacordos na compreensão do número de alternativas que poderiam ser marcadas e o que foi assinalado.

Com relação às perguntas que visavam explicar os conhecimentos dos entrevistados sobre o tema e não propriamente como constroem o PTS, foi possível averiguar o seguinte: Na questão que avaliou os elementos necessários para existir um PTS os entrevistados deste serviço priorizaram o item equipe multiprofissional capaz de atuar interdisciplinarmente (100%), outro item muito representativo foi o incentivo ao usuário de exercer sua autonomia e a corresponsabilidade do seu próprio cuidado (80%), a clínica ampliada e os recursos humanos e materiais adequados atingiram um percentual de 60% e ainda podem ser destacados outros quatro itens como rede de apoio forte, políticas públicas de incentivo social e cultural, integralidade do cuidado e profissional altamente especializado e competente, esses itens atingiram 40% de votos dos entrevistados deste serviço.

Quanto ao método que melhor define como deve ser construído um PTS a equipe se dividiu em dois grandes eixos de definição, o primeiro acredita na construção de uma discussão de caso entre usuário e trabalhadores (40%) e o segundo definiu que o processo deve acontecer no modelo de clínica ampliada avaliando e intervindo profissionalmente (40%). Uma terceira possibilidade citada foi a discussão de caso com base nas impressões e observações da equipe de referência (20%). Estes dois últimos modelos são muito similares e ambos demonstram uma tendência a não incluir o usuário diretamente na construção do seu PTS, mas sim através dos dados fornecido por outras pessoas.

Por fim o grupo pesquisado definiu o PTS em duas assertivas com concepções levemente diferentes entre si, a primeira com 60% define o PTS como “...o processo de diagnosticar, planejar, atuar e reavaliar o cuidado do(s) usuário(s) mais grave(s) construído por uma equipe de referência. Essa equipe multidisciplinar trabalha tentando incluir igualmente os saberes e participações de profissionais e outros atores (próprio usuário, familiares, cuidadores, outros serviços e outros setores). Onde resulta um cuidado interdisciplinar, integral, humanizado, corresponsável e que valoriza a diferença (clínica ampliada)”.

A segunda com 40% define o PTS como “...o trabalho de saúde com seu diagnóstico, planejamento e intervenção, construído pela equipe ou por um profissional de saúde para o usuário. A equipe ou profissional de saúde precisa ser capaz de olhar para o usuário sobre todos os aspectos de sua saúde. Deste processo resulta um cuidado de saúde multidirecional, multidisciplinar, integral e que é apropriado para atender individualmente todas as necessidades do usuário no serviço de saúde que é atendido.”

As assertivas têm alguns elementos comuns entre si como o processo de trabalho multidisciplinar, o cuidado integral e a clínica ampliada elementos esses anteriormente valorizados como preponderantes para a existência do PTS. No entanto, a segunda assertiva está em desacordo com o item equipe de referência já que menciona a possibilidade de construção do PTS por um único profissional. Equipe de Referência foi o único item a atingir 100% dos votos na lista de itens necessários para a construção de um PTS.

### **Serviço 3**

Iniciando a análise do serviço 3 percebemos que há coesão nas duas primeiras questões que perguntavam se o serviço estudado possui construção de PTS (sim 100%) e para quem ele é construído (para todos os usuários 100%). Já na questão seguinte que buscava identificar o momento de construção do PTS houve 4 informações diferentes com destaque para dois grandes grupos . O primeiro 62,5% qualificava a construção como um processo feito após o primeiro atendimento com o usuário (acolhimento, escuta, triagem, etc), enquanto que o segundo grupo 25% identificou que o processo ocorre a qualquer momento desde que se observe que há necessidade para instaurar essa ferramenta de cuidado. É interessante observar que o grupo formado por profissionais de formação técnica e ou médio foi o grupo que possui três respostas diferentes para a mesma questão. Podemos supor que este grupo talvez não esteja tão apropriado de como o serviço costuma fazer a construção do PTS do usuário ou ainda que o

processo seja muito diferente dependendo de quem está participando do mesmo. A resposta da questão 4 afirmando que o PTS é construído por um único profissional (87,5%) e não em equipe, confirma o quanto o processo é suscetível à subjetividades por ser individualizado, além de ratificar que é no grupo de profissionais de nível técnico e/ou médio que há menor informação do modelo de como é construído o PTS, já que somente neste grupo houve a percepção de que o PTS é construído em grupo ou equipe (1 voto= 12,5%).

No que diz respeito à participação do trabalhador como responsável da construção do PTS apenas um profissional de nível técnico e médio acredita que não é responsável por tal tarefa. Os demais trabalhadores (7) acreditam ser protagonistas nessa questão.

Quando foi questionado se o profissional identificava seu conhecimento, percepção e experiência com o mesmo valor de outros profissionais da equipe no momento de construir o PTS, metade dos entrevistados concluiu que sempre tem esses elementos em igualdade com outros profissionais, os outros 25% concluíram que sua participação existe, mas nem sempre está em igualdade com os demais profissionais. Outros 25% ainda acreditam que raramente estão nessa condição sendo todos eles pertencentes ao grupo de trabalhadores de nível médio ou técnico.

Referente às informações mais importantes para a construção do PTS os entrevistados referiram o seguinte: Tanto as preferências e desejos relatados pelo usuário (100%) quanto às dificuldades e problemas também relatados pelo próprio usuário (com 87,5%) são as informações consideradas mais importantes. Também surgiram como respostas as informações relatadas de outros setores que não a saúde, as terapias e tratamentos anteriores no próprio serviço, além das dificuldades e problemas percebidos pelo profissional de referência. No entanto, cabe ressaltar que todas essas alternativas ainda que com um percentual igual a 37,5% possuíram um número de votos inferior à metade da segunda opção.

Podemos destacar que os usuários desse tipo de serviço possuem trajetória clínica e psicossocial oscilante marcada por reentradas no serviço reiteradas vezes. Possivelmente por isso a equipe recorre tanto a terapias e tratamentos anteriores feitas no próprio serviço entendendo como natural esse processo de entrada e saída frequente. Outro aspecto importante é a mobilização de recursos diversos na vida do usuário já que programas da assistência social, de emprego, educação e suporte familiar fazem parte do tratamento.

Quanto aos critérios priorizados para incluir um usuário em alguma atividade ou atendimento do serviço destacaram-se os seguintes: desejo ou motivação do usuário em estar no que lhe foi proposto (87,5%), dias e horários que o usuário tem disponível (62,5%), respeito aos critérios estabelecidos pelo coordenador da atividade (50%) e a capacidade do serviço em disponibilizar seus espaços e atividades (37,5%).

Para construir o PTS do usuário os entrevistados consideraram que são usados recursos e espaços do próprio serviço e fora dele que garantam atividades de interesse do usuário de modo a atender as suas

necessidades terapêuticas e de vida (62,5%). No entanto, novamente nenhum dos profissionais de nível técnico ou médio concordou com a resposta com o maior número de votos, demonstrando mais uma vez um distanciamento da visão desses trabalhadores com os demais profissionais do serviço com relação ao processo do PTS.

Relativo à percepção da equipe em relação ao protagonismo e autonomia do usuário em seu próprio cuidado foram extraídos os seguintes resultados. Na questão 10 foi perguntado o seguinte: na visão do entrevistado o usuário participa do processo de construção do seu PTS? Todos responderam que sim (100%). Quanto ao grau de participação deste usuário no processo referido, para a maioria 62,5% o grau é forte, mas para 37,5% o grau médio. Não houve nenhuma resposta que considerasse o grau de participação do usuário fraco ou inexistente. Há um apontamento significativo de que o usuário é peça fundamental da construção desta ferramenta de gestão e cuidado. Ainda pode-se destacar a questão relativa à divergência do PTS entre usuário e equipe profissional onde 62,5% considera que o resultado esperado é a mediação entre as partes respeitando a observação clínica do profissional técnico e o desejo do usuário, além disso, para expressivos 37,5% dos entrevistados essa balança pende para o lado do usuário onde a motivação e o desejo dele influenciam na decisão final mais do que qualquer outro conhecimento ou percepção, inclusive a do profissional de referência do caso.

Com relação à etapa de reavaliação do PTS, o grupo de entrevistados afirma que ela acontece. Para a maior parte dos entrevistados 62,5% a reavaliação acontece conforme a percepção do profissional de referência ao observar alterações de objetivos e/ou necessidades do usuário, porém 37,5% acreditam que o processo de reavaliação é falho. Possivelmente a construção e reavaliação do PTS feita por um profissional somente deva ser um dos indicativos desta falha na etapa de reavaliação. Com o acúmulo de tarefas direcionadas a um único profissional a reavaliação pode ser comprometida tanto quanto qualquer outra tarefa do serviço, além disso, Com uma equipe a chance de falha diminui, pois há mais profissionais envolvidos no processo, além de possibilitar o enriquecimento teórico e clínico do caso.

Em se tratando dos conhecimentos dos entrevistados referente ao tema PTS foram definidos os seguintes itens como fundamentais para sua construção: uma equipe multiprofissional com capacidade de atuar de modo interdisciplinar teve 100% dos votos, incentivo a corresponsabilidade e autonomia do usuário atingiu 87,5% dos votos, logo após com 75% dos votos surgiu o item integralidade do cuidado, ainda com expressivos 50% dos votos os itens clínica ampliada e equipe de referência atingiram margem considerável nesta análise. A melhor maneira de construir o PTS foi definida como um diálogo entre usuário e equipe de referência no processo em formato de discussão de caso (50%). A segunda alternativa mais votada para definir o melhor modo de construir um PTS (25%) sugere que se faça uma discussão de caso com base na impressão da equipe de referência.

Por fim, o grupo de entrevistados participantes da pesquisa definiu com 50% dos votos o PTS como o processo de diagnosticar, planejar, atuar e reavaliar o cuidado do(s) usuário(s) mais grave(s) construído por uma equipe de referência. Essa equipe multidisciplinar trabalha tentando incluir

igualmente os saberes e participações de profissionais e outros atores (próprio usuário, familiares, cuidadores, outros serviços e outros setores). O resultado é um cuidado interdisciplinar, integral, humanizado, corresponsável e que valoriza a diferença (clínica ampliada). Essa alternativa não teve nenhum voto dos participantes da pesquisa pertencentes ao primeiro grupo (médicos e enfermeiros), mostrando uma diferença de entendimento destes profissionais sobre como eles definem o PTS.

## CONCLUSÕES

Neste estudo buscou-se descrever, identificar e mensurar eventos, opiniões e conceitos a cerca do assunto construção do Projeto Terapêutico Singular nos serviços CAPS pertencentes a maior instituição de saúde pública de Porto Alegre. A configuração de análise ficou constituída com base nos quatro grande eixos teóricos extraídos do material de apoio que cruzados com a análise de respostas do questionário formaram as definições no seguinte modelo:

### Modelo do quadro analítico do processo de construção do PTS

PTS – processo em ato	Como é feita a construção do PTS? Quando acontece sua construção? Como é feito o processo?	Variáveis e conhecimentos relevantes ao processo de construção e reavaliação do PTS?
	Quem participa da construção do PTS? Utilizam preceitos de clínica ampliada e equipe de referência? Todos estão capacitados e em igualdade de poderes e saberes?	Usuário como participante do próprio PTS?
PTS – conhecimento sobre o tema	Conceitos e conhecimentos de construção do PTS	Conceitos e conhecimentos de processo e motivos de reavaliação do PTS
	Conceitos e conhecimentos de clínica ampliada e equipe de referência em colaboração para a construção do PTS	Conceitos e conhecimentos do usuário na colaboração da construção e reavaliação do próprio PTS
Clínica ampliada	Existe Clínica Ampliada? A clínica ampliada é desenvolvida por uma equipe de referência?	Recursos não profissionais são valorizados? Utilizados ou acionados?
	Algum conhecimento profissional é mais ou menos reconhecido no processo? Todos tem mesmo valor?	O usuário tem um conhecimento colaborativo? E este é reconhecido?
Equipe de Referência	Existe uma equipe de referência? Quem a constitui?	Outros atores que não profissionais de saúde compõem a equipe de referência? E não sendo da área? Como?
	Esta equipe é capaz de desenvolver trabalho com base na clínica ampliada?	O usuário tem comunicação com a equipe de referência? Há influência do usuário na equipe?

E com base nas análises dos questionários podemos definir o seguinte sobre os serviços:

### Quadro analítico do processo de construção do PTS no Serviço 1

PTS – processo em ato	O PTS é construído em reunião dos profissionais, no momento que se compreende que o caso é complexo ou delicado. Todos os pacientes possuem o seu PTS.	Variáveis e conhecimentos da equipe profissional, de outros setores e do usuário influenciam fortemente a construção e reavaliação do PTS. Aspectos psicossociais, culturais, motivacionais e clínicos tem relevância neste processo, no entanto há uma tendência a valorizar mais os problemas e necessidades do que as potencialidades e qualidades.
	Todos os profissionais participam da construção do PTS e sua colaboração com experiência, saber e opinião é respeitada não sendo mais ou menos influente pelo grupo ao qual pertence (nas categorias deste estudo).	As informações do usuário são de grande relevância, mas não estão presentes no momento da construção do seu PTS. Em casos de divergências entre o planejamento da equipe profissional e os interesses do usuário busca-se a intermediação das partes, mas alguns identificam uma prevalência do conhecimento profissional em detrimento da opinião do usuário.
PTS – conhecimento sobre o tema	Conceitos e conhecimentos de construção do PTS estão em acordo com o preconizado, são colocados nesta ordem: equipe de referência; incentivo a autonomia e corresponsabilidade do usuário; clínica ampliada; integralidade do cuidado; e equipe multidisciplinar capaz de atuar interdisciplinarmente.	Não se chegou a um consenso do melhor modelo de se construir um PTS. Metade da equipe acredita que deva ser em formato de discussão de caso entre os profissionais da equipe. Outros 3 modelos foram apontados, embora nenhum deles tenha atingido percentual maior que 25%.
	Conceitos e conhecimentos de clínica ampliada e equipe de referência em colaboração para a construção do PTS são reconhecidos teoricamente pelo serviço e no ato os mesmos também são respeitados.	A participação do usuário ainda é pouco autônoma na construção do seu PTS, ainda que seus conhecimentos e opiniões sejam muito valorizados no debate em equipe.
Clínica ampliada	A clínica ampliada é desenvolvida por uma equipe de referência com a participação de diversos núcleos profissionais.	Recursos não profissionais ou de outras áreas e setores são valorizados e utilizados porque se busca atender necessidades amplas de saúde neste serviço.
	A colaboração entre profissionais para a construção do PTS é mútua e igualitária entre os grupos analisados.	O usuário tem um conhecimento colaborativo e reconhecido, porém alguém da equipe profissional é quem enuncia esse saber.
Equipe de Referência	Existe uma equipe de referência formada por todos os núcleos profissionais que constituem o serviço e o serviço considera esse item primordial para a construção de um PTS.	Outros atores que não sejam os profissionais de saúde desta equipe não compõem a equipe de referência, embora seu saber seja valorizado e influencie nas tomadas de decisões da equipe de referência.
	Esta equipe é capaz de desenvolver trabalho com base na clínica ampliada, pois garante o espaço de cada núcleo profissional independente do grau de formação que possua.	O usuário tem comunicação com a equipe de referência e através dela que se dá a sua influência na equipe profissional que aceita muitas de suas opiniões. O familiar precisa ter sua contribuição melhor reconhecida neste processo.

Logo concluímos que o serviço possui um modelo de construção do PTS que atende todos os casos pertencentes ao serviço, a construção do projeto clínico acontece em virtude das necessidades do usuário sem influência do período (tempo) que o mesmo está sendo atendido. O plano possui influências

múltiplas (social, clínico, psicológico, biológico, etc) de modo a atingir resultados na qualidade de vida do paciente precisando apenas diminuir o foco das queixas (sejam elas observadas pelos profissionais, usuários ou familiares). A participação do usuário pode ser ampliada segundo análise do próprio serviço, embora seus desejos, opiniões e problemas sejam bastante relevantes para a construção do PTS. Precisa haver maior valorização da contribuição do familiar também. A equipe de referência possui um relacionamento muito próximo com a rede (incluindo-se outras áreas que não somente a saúde) e avança para uma clínica ampliada muito bem composta por cenários e atores diversos que conseguem manter um trabalho integrado. Fica a sugestão de buscar um modelo no processo de construção do PTS, isso permitiria maior coerência e organização no modo de pensa-lo sem que necessariamente haja intervenção no conteúdo do que se está sendo pensado, já que os múltiplos atores que compõem o processo e as especificidades do caso é que determinam o melhor caminho.

### Quadro analítico do processo de construção do PTS no Serviço 2

PTS – processo em ato	O PTS é construído em reunião dos profissionais, o momento provável é após o primeiro atendimento presencial do usuário no serviço, mas não é excluído protelar a construção de seu PTS para após alguns atendimentos de caráter avaliativo, a fim de elucidar melhor as informações necessárias para qualificar o processo. Todos os usuários possuem PTS.	Variáveis e conhecimentos da equipe profissional assim como do usuário influenciam fortemente a construção e reavaliação do PTS. Aspectos motivacionais e clínicos tem amplo destaque aos demais conceitos para construção do PTS.
	Todos os profissionais participam da construção do PTS e sua colaboração com experiência, saber e opinião é igualmente respeitada e influente neste processo.	As informações do usuário são de grande relevância, mas o mesmo não está presente no momento das definições da construção do seu PTS. Em casos de divergências entre o planejamento da equipe profissional e os interesses do usuário busca-se a intermediação das partes e o equilíbrio de propostas.
PTS – conhecimento sobre o tema	Conceitos e conhecimentos de construção do PTS estão em acordo com o preconizado embora os conceitos de equipe de referência, integralidade do cuidado e rede intersetorial e setorial receba pouco destaque. Os demais itens ficaram colocados nesta ordem: equipe multiprofissional capaz de atuar interdisciplinarmente; incentivo a corresponsabilidade e autonomia do usuário no seu cuidado; recursos humanos e materiais adequados; e clínica ampliada.	Este quesito teve divergência no modelo de como pode ser construído o PTS. Alguns acreditam que deva ser em modelo de discussão de caso entre usuário e equipe de referência, outros acreditam que precisa ser adotado o modelo de intervenção unicamente profissional e que este se pautar na clínica ampliada (diversos saberes e conceitos formados para garantir qualidade de vida e não somente cuidado em saúde).
	Conceitos e conhecimentos de clínica ampliada e equipe de referência em colaboração para a construção do PTS são razoavelmente reconhecidos teoricamente pelo serviço e no ato os mesmos são respeitados e mais presentes.	A participação do usuário é autônoma na construção do seu PTS, seus conhecimentos e opiniões são valorizados no debate em equipe.

Clínica ampliada	A clínica ampliada é desenvolvida por uma equipe de referência com a participação de diversos núcleos profissionais de variados graus de formação.	Recursos não profissionais ou de outras áreas e setores são valorizados e utilizados porque se busca atender necessidades amplas de saúde neste serviço.
	A colaboração entre profissionais para a construção do PTS é mútua e igualitária entre os grupos analisados.	O usuário tem um conhecimento colaborativo e reconhecido, porém alguém da equipe profissional é quem enuncia esse saber.
Equipe de Referência	Existe uma equipe de referência formada por todos os núcleos profissionais que constituem o serviço, no entanto a equipe ainda não reconhece este item como de extrema necessidade para construção de um PTS.	Outros atores que não sejam os profissionais de saúde desta equipe não compõem a equipe de referência. É preciso avançar para que o saber de outros atores e setores contribuam nas decisões da equipe de referência.
	Esta equipe é capaz de desenvolver trabalho com base na clínica ampliada, pois garante o espaço de cada núcleo profissional independente do grau de formação que possua.	O usuário tem comunicação com a equipe de referência e através dela que se dá a sua influência na equipe profissional que aceita muitas de suas opiniões. Infelizmente o familiar ainda não tem mesmo reconhecimento e valorização.

Podemos concluir que este serviço possui um processo definido de como pensar a construção do PTS, o mesmo acaba por abranger todos os usuários do serviço e o período que isto acontece é propício à situação clínica e social do paciente e não necessariamente voltado a algum marco temporal. O usuário tem grande participação no processo e sua opinião tem forte influência na construção do PTS, embora este não esteja presente no momento que se definem as metas e espaços a serem frequentados. O familiar ainda precisa ter sua participação mais reconhecida e valorizada. Por fim a equipe de referência possui boa configuração capaz de respeitar a diversidade de núcleos, graus de formação e saberes, no entanto precisa incluir atores de fora do serviço e principalmente da rede de apoio do usuário de modo a tentar impactar na reinserção psicossocial principal objetivo da saúde mental contemporânea.

### Quadro analítico do processo de construção do PTS no Serviço 3

PTS – processo em ato	O PTS é construído por um único profissional no momento do primeiro atendimento presencial do usuário no serviço. Todos os usuários possuem PTS.	Variáveis e conhecimentos do profissional assim como do usuário influenciam fortemente a construção e reavaliação do PTS. Aspectos motivacionais, clínicos e relatos de vivências anteriores neste serviço ou em outros (mesmo de outros setores) são essenciais para construção do PTS.
	Todos os profissionais participam da construção do PTS, no entanto de modo individual. Quanto à colaboração com experiência, saber e opinião há diferença entre os grupos estudados, os profissionais de nível técnico e médio têm diminuída sua influência, sabedoria e contribuição na construção do PTS quando comparados aos demais profissionais do serviço.	As informações do usuário são de grande relevância, mas o mesmo não está presente no momento da construção do seu PTS. Em casos de divergências entre o planejamento do profissional e os interesses do usuário busca-se a intermediação das partes e o equilíbrio de propostas, mas alguns profissionais reconhecem que o desejo do usuário prevalece na maioria das vezes.

PTS – conhecimento sobre o tema	<p>Conceitos e conhecimentos de construção do PTS estão em acordo com o preconizado apresentando-se nesta ordem: equipe multidisciplinar capaz de atuar interdisciplinarmente; incentivo a corresponsabilidade e autonomia do usuário no seu cuidado; integralidade do cuidado; equipe de referência; e clínica ampliada.</p>	<p>Este quesito teve divergência no modelo de como pode ser construído o PTS. Alguns acreditam que deva ser em modelo de discussão de caso entre usuário e equipe de referência, outros acreditam que precisa ser adotado o modelo de intervenção unicamente profissional e que este se pautar na clínica ampliada (diversos saberes e conceitos formados para garantir qualidade de vida e não somente cuidado em saúde).</p>
	<p>Conceitos e conhecimentos de clínica ampliada e equipe de referência em colaboração para a construção do PTS são reconhecidos teoricamente pelo serviço, no entanto a clínica ampliada tem seu processo enfraquecido pela diminuição da contribuição de saber e experiência do grupo formado por profissionais de nível técnico e médio. A equipe de referência ainda não é uma realidade no serviço.</p>	<p>A participação do usuário é bastante autônoma na construção do seu PTS, pois seus conhecimentos e opiniões são muito valorizados no debate em equipe.</p>
Clínica ampliada	<p>A clínica ampliada é desenvolvida por um profissional na construção do PTS. Há fragilidades pelo processo acontecer individualmente e ainda por menosprezar a participação de profissionais de nível técnico e médio.</p>	<p>Recursos não profissionais ou de outras áreas e setores são valorizados e utilizados porque se busca atender necessidades amplas de saúde neste serviço.</p>
	<p>A colaboração entre profissionais para a construção do PTS é frágil na atualidade, possivelmente o maior problema está em não se permitir uma construção conjunta de vários núcleos profissionais.</p>	<p>O usuário tem um conhecimento colaborativo e reconhecido, porém um único profissional é quem enuncia esse saber.</p>
Equipe de Referência	<p>Existe uma equipe de referência formada por todos os núcleos profissionais que constituem o serviço, no entanto a equipe ainda não reconhece este item como de extrema necessidade para construção de um PTS e a construção do mesmo não se dá através desta equipe.</p>	<p>Outros atores que não sejam os profissionais de saúde desta equipe não compõem a equipe de referência. É preciso avançar para que o saber destes atores e também dos demais profissionais deste serviço esteja aliado e em conjunto.</p>
	<p>Esta equipe precisa desenvolver trabalho com base na clínica ampliada, para que possa garantir o espaço de cada núcleo profissional independente do grau de formação que possua. O trabalho precisa se dar de modo mais conjunto.</p>	<p>O usuário tem comunicação com o profissional de referência e através deste diálogo que se dá a sua influência na construção do PTS.</p>

Conclui-se deste serviço que o processo de construção do PTS atende a todos os usuários atendidos neste local. O mesmo ainda possui alta participação do usuário e sua construção é altamente influenciada pelo seu histórico no serviço e opiniões que possui para com seu tratamento. No entanto, a construção feita por um único profissional reduz a possibilidade de uma clínica ampliada e a participação de variados pontos de vista e saberes sobre um mesmo caso. A consequência deste processo de construção é um projeto de cuidado por vezes limitado ou ainda muito discrepante de usuário para usuário sem a possibilidade de uma coerência da equipe dos conhecimentos que o envolvem. Os profissionais de nível

técnico e médio parecem ter uma implicação menos potente embora seu conhecimento clínico não seja menor segundo a pesquisa feita. A participação da rede de apoio do usuário bem como a de outros setores é bastante desenvolvida, porém nem todos os profissionais têm o mesmo entendimento e contato com esses atores e recursos. Uma vez que o processo de construção do PTS é individualizado (com um técnico de referência a frente do processo) há o risco para o desenvolvimento de planos menos qualificados e/ou amplos.

O estudo apontou que embora haja peculiaridades entre cada grupo profissional e também entre cada serviço analisado, em linhas gerais há muito em comum tanto no processo como é feito quanto nos conhecimentos que envolvem a construção do PTS. Os CAPS pertencentes ao estudo possuem muito mais qualidades a serem exaltadas do que problemas a serem aperfeiçoados quando comparados ao ideal da proposta de construção do Projeto Terapêutico Singular preconizado pelo Governo Federal. Ainda há muito que avançar, mas na prática é possível afirmar que o modelo de atendimento e cuidado em saúde mental está cada vez mais próximo ao almejado pela Atenção Psicossocial e o desenvolvimento de atendimento com equipes multidisciplinares, com o apoio da rede setorial e intersetorial bem como o investimento na autonomia do usuário têm sido fundamentais para que a saúde avance em qualidade e acesso. Se o Governo encontra dificuldades de investir financeiramente em saúde talvez a receita para o sucesso esteja cada vez mais voltada à divulgação de conhecimentos e a qualificação do fazer de modo que são resoluções bem mais viáveis economicamente e de fácil acesso.

## REFERÊNCIAS

BOCCARDO, A.C.S.; ZANE, F.C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E.F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização dos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.22, n.1, p. 85-92, jan/abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29797&janela](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela)> Acesso em 22 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Série textos básicos de saúde**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. Série E. Legislação de Saúde**. Brasília, DF, 2004.

CARVALHO, L.G.P.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXEIRA, N.Z.F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Rev. O mundo da saúde. São Paulo**, v.36, n. 3, p. 521-525, jun/ jul. 2012.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A.Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 105-112, jul/set. 2000.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação crítica e utilização**. São Paulo: Guanabara Koogan, ed. 4ª, 2011.

PERS/SES. **Guia de Serviços de Saúde Mental**. Série cuidar, sim. Excluir, não. Porto Alegre, RS, 2002.

SOUZA, M.E.L.; NASCIMENTO, M.A.S.; **Trajeto Evolutivo da História da Psiquiatria no Brasil e no Mundo e Inserção de Enfermagem**. Batatais, 2006.

## **ANEXO 1 - MODELO DE QUESTIONÁRIO**

*As perguntas a seguir servirão como norteadores para conhecer o perfil do trabalhador a ser entrevistado nesta pesquisa. Elas não constituem parte do questionário oficial da pesquisa “Entendendo o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular em CAPS.”*

**Em qual serviço do GHC você trabalha na atualidade?**

- CAPS AD III
- CAPS II BEM VIVER
- CAPS i PANDORGA

**A que profissão você pertence atualmente?**

- enfermeiro
- médico
- outro profissional de nível superior
- outro profissional de nível técnico/médio

*O questionário a seguir é do tipo objetivo de múltipla escolha. As questões possuem múltiplas respostas com possibilidade única de marcação do entrevistado. Estará explicitado no enunciado da questão quando houver alguma orientação diferente referente às marcações de respostas (mais do que uma resposta a ser assinalada).*

### **\*QUESTIONÁRIO\***

**1- No serviço onde você trabalha é construído o projeto terapêutico singular (PTS)?**

- sim.
- não.

**2- No serviço onde você trabalha para que casos o PTS é construído?**

- em todos os casos.
- somente nos casos mais complexos e/ou graves.
- em todos os casos novos.
- em nenhum caso.

**3- Em que momento é construído o PTS?**

- no primeiro atendimento presencial do usuário e ou responsável (escuta/acolhimento/triagem/entrevista ou processos similares).
- na reunião de profissionais/equipe subsequente ao primeiro atendimento presencial.
- na reunião de profissionais/equipe após dois atendimentos de caráter avaliativo.
- em um momento pré-definido que normalmente é de até um mês de observação.
- em um momento pré-definido que normalmente é superior a um mês e inferior a dois meses.
- em um momento pré-definido que normalmente é superior a dois meses.
- em qualquer momento desde que se avalie que o caso é bastante delicado ou complexo.

**4- O processo de construção do PTS é na maior parte das vezes construído...**

- em grupo ou equipe.
- em dupla.
- por um profissional.

**5- Você como profissional de saúde se percebe como responsável na construção do PTS?**

- sim.
- não.

**6- Você identifica que seu conhecimento, percepção e experiência têm o mesmo valor que o de outros profissionais da equipe na hora de construir o PTS de um usuário?**

- sim, sempre.
- sim, as vezes.
- não, em raras vezes.
- não, nunca.

**7- Em relação às informações que a equipe ou profissional considera mais importantes para construção do PTS do usuário, marque as quatro (4) mais utilizadas no seu serviço:**

- Preferências e desejos referidos pelo usuário.
- Preferências e desejos relatados pelo familiar/responsável do usuário.
- Preferências e desejos percebidos pelo profissional da equipe (podendo ser você).
- Terapias e tratamentos anteriores neste serviço.
- Terapias e tratamentos anteriores em outro serviço de saúde.
- Dificuldades ou problemas referidos pelo usuário.
- Dificuldades ou problemas relatados pelo familiar do usuário.
- Dificuldades ou problemas percebidos pelo profissional da equipe (podendo ser você).
- Informações relatadas por outros locais de outros setores (escola, serviço, CRAS, conselho tutelar, abrigo, etc) através de conversas, telefonemas, pareceres, avaliações ou boletins.
- Experiências anteriores do serviço com alguma semelhança clínica/social/patológica/com-portamental.

**8- Quais critérios você prioriza para incluir um usuário a alguma atividade ou atendimento do seu serviço? Marque até três (3) respostas.**

- condição física ou precauções de saúde.
- condição ou estado mental.
- desejo/motivação do usuário.
- critérios estabelecidos pelo(s) coordenador(es) da atividade ou espaço.
- idade.
- sexo.
- demais usuários e vínculos sociais que se estabelecem na atividade.
- dias e horários de disponibilidade do usuário.
- possibilidade de estar com membros da equipe que confio no trabalho.
- atividades em que estou presente.
- habilidades e conhecimentos que serão desenvolvidos.
- disponibilidade dos espaços oferecidos pelo serviço (“menu de atividades”).
- desejo dos trabalhadores em atuar no caso específico.

**9- Ao construir o PTS dos usuários do seu serviço que recursos e espaços são utilizados?**

- são usados recursos e espaços exclusivos deste serviço pois somente eles garantem um tratamento terapêutico.
- são usados recursos e espaços exclusivos deste serviço porque infelizmente há um desconhecimento de espaços considerados potenciais de outros serviços ou setores.
- são usados recursos e espaços exclusivos deste serviço por haver limitações ou dificuldades da equipe profissional em garantir acesso à outros serviços e setores.
- são usados recursos e espaços deste serviço, mas é incentivado a busca de recursos e espaços diferentes inclusive de outros setores, no entanto essa responsabilidade é do usuário na realização do seu PTS.
- são usados recursos e espaços deste serviço e fora dele que garantam atividades de interesse do usuário de modo a atender as suas necessidades terapêuticas e de vida.
- são usados recursos e espaços quaisquer entendendo que muitas vezes a terapêutica do usuário pode ser feita totalmente fora deste serviço, ficando a avaliação periódica o único elo entre CAPS e usuário.

**10- Na sua percepção o usuário participa do processo de construção do PTS no seu serviço?**

- sim
- não

**11- Nos casos que há divergência na construção do PTS, na maior parte das vezes, a conduta tomada é baseada no...**

- ...conhecimento e proposta elaborada pela equipe ou profissional de referência.
- ...interesse e motivação do usuário, mais do que qualquer outro conhecimento.
- ...interesse da equipe profissional tanto quanto no interesse do usuário, a conciliação possível entre as partes.

**12- Conforme sua avaliação o grau de participação do usuário na construção do PTS é...**

- forte.
- média.
- fraco.
- inexistente.

**13- É feita a reavaliação do PTS no seu serviço? E de que modo acontece?**

- sim, com periodicidade pré-determinada.
- sim, conforme a percepção de mudança das necessidades do usuário ou dos objetivos a serem alcançados.
- nem sempre, alguns casos não são reavaliados por falhas no processo da construção do PTS.
- não.

*\* Se a resposta à pergunta anterior foi "NÃO" ignore a questão 14 e 15*

**14- Quais os aspectos mais comuns na reavaliação do PTS do usuário do seu serviço? Marque até três (3) respostas.**

- agravo das condições clínicas do usuário durante a implementação do seu PTS .
- grau de adequação ao convívio psicossocial do usuário após iniciado seu PTS.
- motivação e/ou aptidão do usuário para frequentar os espaços designados na construção do seu PTS.
- nível de dificuldade em atingir os objetivos propostos na construção do seu PTS, independente de quais sejam eles. (Não está claro de quem são as dificuldades do usuário, da equipe de ambos).
- a longa permanência do usuário no serviço.
- dificuldade dos profissionais ou serviços em cumprir as determinações e cuidados necessários para implementação do PTS do usuário.
- vencimento do prazo estipulado para reavaliação do PTS.

**15- Que informações advindas do usuário são valorizadas na reavaliação do PTS?**

- a queixa ou insatisfação relatada pelo usuário com relação aos profissionais que o atendem.
- a insatisfação do usuário com relação aos espaços e/ou atividades propostas.
- o seu desejo de experimentar outros espaços ou atividades.
- a ausência ou não permanência do usuário nos espaços e/ou atividades propostas.
- o relato do usuário quanto ao risco ou piora do seu quadro clínico/ psiquiátrico.
- o relato do usuário sobre a mudança no horário, turno ou dia disponível para frequentar o serviço.
- a observação do usuário de pouca ou nenhuma evolução no caso.
- a observação do usuário de sua melhora.
- o desejo relatado pelo usuário de novos desafios de vida e readequação a estes.
- no processo de reavaliação o usuário não é participante.

**16- Segundo seus conhecimentos, quais dos itens referidos abaixo são fundamentais para construção do PTS? Marque até cinco (5) respostas.**

- equipe multiprofissional capaz de atuar interdisciplinarmente.
- equipe de referência.
- profissional especializado e competente.
- acesso as tecnologias duras (exames de alta complexidade, aparelhos e equipamentos modernos, dispositivos altamente tecnológicos que auxiliam no atendimento clínico).
- incentivo a corresponsabilidade e autonomia do usuário no seu próprio cuidado.
- recursos humanos e materiais adequado.
- rede de apoio forte.
- envolvimento setorial e intersetorial.
- clínica ampliada.
- cuidado tutelar e humanizado.
- integralidade do cuidado.
- políticas públicas de incentivo social e cultural.

**17- Na sua avaliação a melhor maneira de construção de um PTS é através de...**

- ... discussão de caso com base nas impressões e observações da equipe de referência.
- ... entrevista criteriosa do usuário e observação cuidadosa das informações coletadas.
- ... diálogo entre usuário e equipe de referência no processo de discussão de caso.
- ...processo diagnóstico e de intervenção amplo e humanizado de um profissional especializado.
- ...avaliação cuidadosa do histórico clínico e social do usuário.
- ...clínica ampliada em saúde avaliando e intervindo profissionalmente.

**18- Em resumo você definiria o PTS como...**

- ...o exercício de diagnosticar, planejar, orientar, intervir e reavaliar as ações de saúde de uma equipe profissional de saúde. A equipe precisa atuar com base num cuidado não medicalizante sendo necessário o trabalho multidisciplinar para seu desenvolvimento. O resultado é um cuidado de saúde psicossocial, antimanicomial, humanizado, com isonomia profissional e não médico-centrado (clínica ampliada).
- ...o trabalho de saúde com seu diagnóstico, planejamento e intervenção construído pela equipe ou por um profissional de saúde ao seu usuário. A equipe ou profissional de saúde precisa ser capaz de “olhar” para o usuário sobre todos os aspectos de sua saúde. O resultado é um cuidado de saúde multidirecional, multidisciplinar, integral e que é apropriado para atender individualmente todas as necessidades do usuário no serviço de saúde que é atendido.
- ...o processo de diagnosticar, planejar, atuar e reavaliar o cuidado do(s) usuário(s) mais grave(s) construído por uma equipe de referência. Essa equipe multidisciplinar trabalha tentando incluir igualmente os saberes e participações de profissionais e outros atores (próprio usuário, familiares, cuidadores, outros serviços e outros setores). O resultado é um cuidado interdisciplinar, integral, humanizado, corresponsável e que valoriza a diferença (clínica ampliada).
- ...o processo diagnóstico e de intervenção em saúde mental, construído por um profissional especializado e qualificado. Esse profissional atua em favor do usuário e não somente com vistas a sua doença (clínica ampliada). O resultado é um cuidado de saúde educacional, preventivo, corresponsável e altamente particularizado, mas que principalmente é eficiente para atender o usuário em momentos de crise psicótica.