Projeto Terapêutico Singular: elaboração, planejamento e aplicação do PTS na prática profissional

CURSO

APOSTILA DO CURSO

Apostila completa do curso

Os oito módulos do curso em um único volume, para quem quer o material inteiro à mão.

COMO USAR ESTE MATERIAL

Apostila do curso

Este PDF reproduz o conteúdo das aulas do curso, na mesma ordem em que ele aparece na plataforma. Ele serve para estudar sem internet, para grifar e anotar, e para consultar depois — quando o caso real chegar.

Cada unidade começa com os objetivos de aprendizagem, desenvolve o conteúdo, traz uma situação-problema e um exemplo aplicado, aponta os erros frequentes, propõe exercícios e termina com uma síntese e as referências. As respostas das verificações de aprendizagem estão na plataforma, onde o questionário do módulo é corrigido automaticamente.

Uma ressalva importante: este material ensina o que é o PTS, como construí-lo e como aplicá-lo. Ele não habilita ninguém a exercer profissão para a qual não tem formação, nem substitui supervisão, estágio ou formação regulamentada.

Curso	Projeto Terapêutico Singular: elaboração, planejamento e aplicação do PTS na prática profissional
Carga horária total	40 horas
Público	Terapeutas em dependência química, terapeutas em codependência familiar, psicólogos e demais profissionais que atuam em comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação e consultório particular.
Nível	Intermediário · formação livre, sem exigência de conselho profissional
Formato	Autoinstrucional: leitura, exercícios de fixação e questionário por módulo

Sumário

Módulo 1 — Fundamentos do PTS
4 horas · 4 unidades 6

1.1 O que é e o que não é Projeto Terapêutico Singular 7

1.2 Fundamentos da clínica ampliada e da integralidade 14

1.3 Os quatro momentos do PTS 18

1.4 O PTS como processo dinâmico 22

Módulo 2 — Avaliação integral e compreensão da pessoa
5 horas · 5 unidades 26

2.1 Avaliação biopsicossocial 27

2.2 Avaliação relacionada ao uso de substâncias 36

2.3 Fatores de risco e fatores de proteção 45

2.4 Organização das informações 53

2.5 Acolhimento e escuta qualificada 61

Módulo 3 — Diagnóstico situacional e identificação de prioridades
5 horas · 5 unidades 69

3.1 Compreendendo o diagnóstico situacional 70

3.2 Identificação das necessidades 80

3.3 Definição das prioridades 90

3.4 Compreensão da singularidade 100

3.5 Construção da síntese situacional 109

Módulo 4 — Construção técnica do Projeto Terapêutico Singular
6 horas · 6 unidades 118

4.1 Transformando necessidades em objetivos 119

4.2 Construção de metas mensuráveis 127

4.3 Definição das intervenções 136

4.4 Divisão de responsabilidades 145

4.5 Cronograma e indicadores 153

4.6 Estruturação do documento 161

Módulo 5 — Aplicação do PTS na área da dependência química

6 horas · 6 unidades 169

5.1 A singularidade no processo de recuperação 170

5.2 Planejamento terapêutico e prevenção de recaídas 177

5.3 Saúde mental e necessidades associadas 185

5.4 Família e rede de apoio 192

5.5 Reorganização da vida e reinserção social 199

5.6 Diferentes contextos de atendimento 206

Módulo 6 — Interdisciplinaridade, rede de atenção e limites de atuação

4 horas · 4 unidades 213

6.1 Trabalho interdisciplinar 214

6.2 Articulação com a rede de atenção 221

6.3 PTS, PIA e planejamento institucional 229

6.4 Limites profissionais e encaminhamentos 237

Módulo 7 — Monitoramento, evolução e reavaliação do PTS

4 horas · 4 unidades 245

7.1 Monitoramento das intervenções 246

7.2 Reavaliação e reformulação do PTS 253

7.3 Recaídas, interrupções e mudanças de percurso 260

7.4 Registros, ética e sigilo 267

Módulo 8 — Oficina autoinstrucional: elaboração integral de um PTS

6 horas · 6 unidades 274

8.1 O caso completo: Rafael Moreira 275

8.2 Interpretar o caso: necessidades, potencialidades e prioridades 281

8.3 Construir o documento: o modelo do EducaDQ, bloco por bloco 288

8.4 Comparar e se autoavaliar: a resolução comentada e a rubrica 295

8.5 Análise crítica de erros: sete projetos para diagnosticar 303

8.6 Avaliação final e fechamento do curso 311

01

Fundamentos do PTS

4 HORAS · 4 UNIDADES

O que é e o que não é um PTS, a clínica ampliada que o sustenta, os quatro momentos do ciclo e o caráter provisório do projeto.

UNIDADE 1.1 · 1 H

1.1 O que é e o que não é Projeto Terapêutico Singular

Apresentação

Rafael tem 34 anos, usa cocaína e crack, tem uma dívida que o assusta e um filho que não vê há sete meses. Se você fosse atendê-lo amanhã, por onde começaria? A resposta mais comum — "encaminhar para tratamento de dependência química" — resolve o protocolo e não resolve a pessoa.

O Projeto Terapêutico Singular nasce exatamente desse impasse: como organizar o cuidado quando o problema não cabe em uma única categoria?

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. definir PTS com as palavras do campo, não com jargão decorado;
2. distinguir PTS de plano de tratamento, de protocolo e de documento burocrático;
3. reconhecer três usos indevidos frequentes do instrumento;
4. explicar por que a singularidade é o critério central do dispositivo.

Desenvolvimento

Uma definição que serve para trabalhar

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº 34, apresenta o projeto terapêutico como **um plano de ação compartilhado, composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa**. Tratar doenças não é menos importante nesse plano: é uma das ações entre outras que visam ao cuidado integral. O documento acrescenta dois elementos decisivos: o projeto deve ser **elaborado com o usuário**, a partir da leitura profissional das múltiplas dimensões da vida dele, e é **um processo dinâmico**, cuja construção é provisória porque a própria relação entre profissional e usuário está em transformação.

Mais adiante, o mesmo caderno define o PTS como **estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar**, levando em conta necessidades, expectativas, crenças e contexto social da pessoa, da família, do grupo ou do coletivo a que se dirige. A singularidade, ali, é a "especificidade irreprodutível" da situação sobre a qual o projeto atua.

Leia a definição de novo e observe o que ela **não** diz: não diz que o PTS é um formulário, não diz que é um protocolo de tratamento, não diz que é um documento que o profissional preenche sobre o paciente. Diz que é plano, compartilhado, com intencionalidade, construído com a pessoa, em equipe, e provisório.

Por que "singular"

Duas pessoas com o mesmo diagnóstico podem precisar de projetos opostos. Juliana, 22 anos, estudante, quer reduzir o uso de cannabis sem parar de fumar. Antônio, 58 anos, vive na rua e recusa internação. Rafael quer parar com cocaína e crack, mas considera a bebida "só para dormir". Se o projeto fosse definido pelo diagnóstico, os três receberiam o mesmo plano — e nenhum dos três seria cuidado.

Singularidade não significa inventar um plano do zero para cada pessoa. Significa que o plano responde à situação real, e não à média estatística. O método é comum; o conteúdo é irrepetível.

O que o PTS não é

O PTS não é	Por quê	O que é, então
Protocolo clínico	protocolo define conduta padronizada por condição	acordo de cuidado construído para uma situação
Plano de tratamento do profissional	plano unilateral ignora a participação da pessoa	construção coletiva com a pessoa e a equipe
Documento burocrático para arquivo	documento sem uso não orienta decisão	instrumento de trabalho consultado e revisado
Lista de problemas	lista não hierarquiza nem indica ação	leitura da situação com prioridades e metas
Receita de abstinência	abstinência pode não ser o objetivo inicial	projeto com metas negociadas, inclusive redução de danos
Instrumento jurídico	não tem função de responsabilizar ou punir	dispositivo clínico-político de cuidado

Três usos indevidos frequentes

Primeiro: o PTS-fantasia. A equipe faz uma reunião, registra um plano genérico com frases como "acompanhamento psicossocial" e "fortalecimento de vínculos", arquiva e nunca mais consulta. O documento existe; o projeto não.

Segundo: o PTS-encaminhamento. O plano é uma sequência de referências para outros serviços, sem intervenção própria da equipe. Isso transfere o cuidado e não organiza nada: quando o outro serviço não responde, o projeto desaparece.

Terceiro: o PTS-condicional. O acesso ao cuidado é condicionado a uma mudança de comportamento — "volta quando estiver limpo". Além de contrariar a lógica do cuidado, esse uso transforma o instrumento em filtro de acesso, e a pessoa em problema de elegibilidade.

Onde o PTS se aplica

O dispositivo foi formulado no campo da saúde, com forte presença na atenção básica e na atenção psicossocial, e é utilizado também em serviços de saúde mental, na rede socioassistencial e em contextos de atenção a pessoas que usam substâncias. O caderno do Ministério da Saúde observa que, na atenção básica, **não é viável nem necessário elaborar um PTS para todas as pessoas atendidas**: casos de maior gravidade e complexidade devem ser priorizados, considerando a extensão e a intensidade dos problemas e quantas dimensões da vida estão afetadas.

Isso tem consequência prática: decidir quem precisa de PTS também é uma decisão técnica, que deve ser registrada.

EXEMPLO APLICADO

Rafael chega à Clínica Vila Serena trazido pela mãe, que já pagou a primeira mensalidade e quer que ele "fique o tempo que for preciso". A queixa dele é insônia e cansaço — não é uso de drogas. Se você responder apenas à queixa declarada, pede uma avaliação médica para o sono e o assunto morre ali. Se responder apenas ao que a mãe quer, você já tem um plano pronto antes de conversar com ele: permanência longa, rotina fechada, alta quando a família autorizar. Nenhum dos dois é PTS.

O projeto começa quando você sustenta as três coisas ao mesmo tempo: escuta a insônia, reconhece o uso de álcool e cocaína que ele menciona de passagem, e pergunta o que ele quer que aconteça quando sair — porque ele tem um filho de sete anos que não vê há sete meses e uma dívida que o assusta. A partir daí existe algo para planejar. Antes disso, existia apenas uma vaga ocupada.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma equipe de CAPS AD decide abrir PTS para todos os usuários do serviço, como meta de gestão. Em três meses, os documentos são cópias uns dos outros, com metas idênticas e reavaliações em branco. A coordenação conclui que "o PTS não funciona".

Onde está o erro? Não no instrumento, mas na universalização sem critério e na produção de documentos sem uso. O PTS exige seleção de casos, discussão real e revisão periódica — sem isso, vira burocracia com nome técnico.

ERROS FREQUENTES

Confundir PTS com plano de tratamento individual; preencher o documento antes de conversar com a pessoa; usar o PTS para registrar decisão já tomada; tratar a singularidade como justificativa para improviso sem método; abrir PTS para todos e não conseguir revisar nenhum.

SÍNTESE

O PTS é um plano de ação compartilhado, construído com a pessoa e com a equipe, que organiza o cuidado a partir da leitura das múltiplas dimensões da vida e se mantém provisório porque a situação muda. Não é protocolo, não é formulário e não é filtro de acesso. Na atenção básica, deve ser priorizado para os casos de maior complexidade, com critério registrado.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Explique, em duas frases e sem usar a palavra "holístico", por que o PTS é singular.
2. Classifique cada afirmação como verdadeira ou falsa e justifique: (a) o PTS pode ser construído apenas pelo médico de referência; (b) o PTS deve ser refeito quando a situação muda; © toda pessoa atendida na atenção básica precisa de PTS.
3. Reescreva o registro "paciente dependente químico, sem crítica, em acompanhamento" de modo que ele descreva uma situação em vez de um rótulo.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma unidade de saúde registra o seguinte plano: "Paciente em uso de crack. Encaminhado ao CAPS AD. Retorno em 30 dias." Qual alternativa descreve o principal problema desse registro?

a) O plano é curto demais para ser um PTS.
b) O plano transfere o cuidado e não registra intervenção da própria equipe, prioridades nem metas.
c) O plano deveria incluir prescrição de medicação.
d) O plano está correto, pois encaminhamento é a conduta indicada.

Gabarito: b. O encaminhamento pode ser parte do plano, mas o PTS exige leitura da situação, prioridades, objetivos, metas, responsabilidades e reavaliação. As alternativas (a) e © tratam de forma, não de conteúdo; (d) ignora que o encaminhamento isolado não constitui projeto.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

LEITURA OBRIGATÓRIA PARA QUEM ATUA EM CLÍNICA DE REABILITAÇÃO E EM CONSULTÓRIO

(Seção acrescentada na versão 1.1 para o público de clínicas de reabilitação sob RDC 29/2011 e RDC 50/2002 e de atendimento particular.)

Se você trabalha em uma clínica de reabilitação, a primeira pergunta que costuma aparecer é esta: **a RDC 29/2011 exige projeto terapêutico singular?** A resposta honesta é não, e a resposta completa é mais útil do que a curta.

A RDC 29/2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para instituições que prestam atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas em regime de residência, não usa a expressão "projeto terapêutico singular" em nenhum de seus artigos. O que ela exige é um conjunto de obrigações que, tomadas juntas, só podem ser cumpridas com alguma forma de projeto individual: avaliação diagnóstica prévia à admissão, com os dados registrados na ficha (art. 16); ficha individual por residente, com registro periódico do atendimento e treze itens mínimos, entre eles o tempo previsto de permanência, o atendimento à família e as atividades de reinserção social (art. 7º); tempo máximo de permanência explicitado nas normas da instituição (art. 18); critérios definidos para alta terapêutica, desistência, desligamento, desligamento por mandado judicial e evasão (art. 21); e indicação dos serviços de atenção integral disponíveis (art. 22).

Uma ficha com esses campos, preenchida a cada semana, ainda não é um projeto. Pode ser apenas registro de conformidade. O que transforma registro em projeto é o que esta unidade vem discutindo: a leitura da situação singular, a prioridade negociada, as metas com prazo e a reavaliação que muda o rumo. **O PTS é o método que dá direção a exigências que a norma impõe sem dizer como cumprir.** Essa é uma interpretação fundamentada, e você deve apresentá-la como tal — não como texto de lei.

A RDC 50/2002 entra por outro caminho. Regula projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, públicos e privados, e não trata de conduta clínica. No cotidiano, aparece como pergunta concreta: a sala onde você entrevista garante privacidade suficiente para o sigilo que a RDC 29/2011 exige? A pessoa com dificuldade de locomoção chega à sala de atendimento coletivo? A família tem onde ser recebida sem ficar no corredor? O espaço não é cenário neutro do projeto — decide o que é possível fazer nele.

O que muda no seu PTS quando a equipe é de clínica

A equipe inclui quem está no turno da noite. Em clínica com regime residencial, educadores e técnicos de enfermagem passam mais tempo com a pessoa do que qualquer profissional de nível superior. Projeto que só existe na reunião técnica não sobrevive à rotina da casa. Se a meta é reduzir crises noturnas, quem observa e registra é quem está acordado às três da manhã.

A rotina coletiva compete com o projeto individual. A convivência entre pares é o principal instrumento terapêutico da comunidade terapêutica acolhedora, e isso é deliberado. O risco é o inverso do que se imagina: não é a pessoa ficar sem atividade, é a atividade coletiva substituir a leitura individual, de modo que todos façam as mesmas coisas pelos mesmos motivos e ninguém tenha um projeto. A pergunta que você fará muitas vezes é: **isto que estamos fazendo é tratamento para esta pessoa ou apenas cumprimento da norma da casa?**

A saída faz parte do projeto desde a entrada. A norma exige tempo máximo de permanência declarado e critérios de alta. O projeto nasce com horizonte. Projeto sem prazo de saída vira permanência indefinida, e permanência indefinida é o modo mais comum de o cuidado se transformar em custódia.

Se você atende em consultório particular

O método não muda; muda o desenho. Você não terá reunião de equipe, ficha institucional nem equipe de convivência. Terá prontuário próprio, rede de referência formalizada (médico prescritor, CAPS ou ambulatório, serviço social, grupo de mútuo apoio, família autorizada) e datas de reavaliação que ninguém vai cobrar de você. Duas disciplinas substituem a estrutura que a clínica oferece: **registro escrito** e **reavaliação marcada**. Sem elas, o que existe é atendimento, não projeto.

Situação-problema

Uma clínica pede que você elabore "o PTS" de todos os 24 residentes até sexta-feira, para apresentar à vigilância sanitária. O que você faz?

Orientação de resposta: distinguir o que a norma exige — ficha individual atualizada com os treze itens, avaliação prévia, tempo de permanência, critérios de saída — do que o PTS exige: leitura singular, prioridades negociadas, metas com responsáveis, reavaliação. Produzir 24 documentos em uma semana, sem conversa com as pessoas, cumpre a aparência da norma e trai o método. A resposta defensável é entregar o que a norma pede, com a ficha em ordem, e selecionar com critério registrado os casos que justificam PTS agora, começando pelos de maior complexidade e risco. Se a clínica insiste em 24 PTS, o problema é de gestão — e registrar essa conversa também é trabalho seu.

Referências acrescentadas

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 3/2024/SEI/CSIPS/GGTES/DI-RE3/Anvisa**.

UNIDADE 1.2 · 1 H

1.2 Fundamentos da clínica ampliada e da integralidade

Apresentação

Uma profissional atende Rafael e anota: "usuário de cocaína e crack, recusa internação". Nessa frase, desapareceram o filho, a dívida, a insônia, a mãe, o trabalho, o medo e o desejo. O que restou foi a substância.

Clínica ampliada é o nome do esforço para não deixar isso acontecer. Sem ela, o PTS se reduz a um formulário sobre drogas.

> **OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**
>
> Ao final desta unidade, você será capaz de:
> 1. explicar o que é clínica ampliada e por que ela é condição do PTS;
> 2. descrever os três deslocamentos que ela propõe;
> 3. relacionar integralidade do cuidado com avaliação biopsicossocial;
> 4. identificar, em um relato, o momento em que o foco se fechou sobre a doença.

Desenvolvimento

O problema que a clínica ampliada enfrenta

A formação profissional tende a especializar o olhar: o clínico vê o corpo, o psicólogo vê o psiquismo, o assistente social vê a rede. Cada saber recorta o caso de um jeito, e o recorte é útil — até o momento em que o caso não cabe em nenhum deles.

Gastão Wagner de Sousa Campos, ao propor a clínica ampliada, parte de uma constatação simples e incômoda: **todo saber é parcial**. O profissional não tem acesso à totalidade da vida da pessoa; tem acesso a uma leitura, feita com instrumentos específicos, dentro de uma relação. Reconhecer isso não diminui o saber técnico — muda a posição de quem o usa.

Os três deslocamentos

Do sintoma para o sofrimento e o contexto. O sintoma é a porta de entrada, não o objeto final. A pergunta deixa de ser apenas "o que essa pessoa tem?" e passa a ser "o que está acontecendo na vida dessa pessoa que produz e sustenta esse sofrimento?".

Do especialista único para a equipe. Se o saber é parcial, a resposta também precisa ser composta. Não se trata de somar opiniões, mas de construir uma leitura comum, com corresponsabilização pelo plano.

Do paciente passivo para o sujeito do projeto. A pessoa não é objeto de intervenção: é participante da decisão sobre a própria vida. Isso não elimina a responsabilidade técnica nem a assimetria de conhecimento — estabelece que a decisão sobre o cuidado não é propriedade do profissional.

Clínica ampliada não é "olhar holístico"

A expressão "holístico" costuma servir para tudo e não orientar nada. Clínica ampliada é mais exigente: pede método para incorporar o contexto, e não apenas boa intenção. Significa perguntar, registrar e usar informação sobre trabalho, moradia, vínculos, dinheiro, história, projetos — e reconhecer os limites do próprio olhar.

Também não significa que o profissional deva fazer tudo. Significa que ele deve saber o que não está vendo e garantir que alguém veja.

Integralidade

Integralidade é princípio do SUS e, na prática, uma exigência de coerência: considerar as dimensões biológica, psicológica, social e cultural, e garantir continuidade do cuidado entre serviços. No PTS, ela aparece em dois lugares concretos: na avaliação (não reduzir a pessoa a uma dimensão) e na rede (não deixar lacuna entre serviços).

Integralidade não é fazer tudo em um só lugar. É garantir que nada essencial fique sem resposta — mesmo que a resposta venha de outro serviço.

O que isso muda no preenchimento

Um PTS escrito sob clínica ampliada tem marcas reconhecíveis: descreve a situação antes de nomear o problema; registra potencialidades junto com dificuldades; indica o que ainda não se sabe; distribui responsabilidades; e trata a pessoa como alguém que tem projeto, não apenas como alguém que tem diagnóstico.

> **EXEMPLO APLICADO**
>
> No caso de Rafael, a leitura ampliada permite ver algo que a leitura centrada na substância não veria: o uso noturno de álcool está associado à insônia, e a insônia piora com o humor deprimido. Tratar apenas o uso de cocaína, sem olhar o sono e o humor, produziria um plano tecnicamente correto e clinicamente frágil.
>
> A mesma leitura permite reconhecer o que a pessoa tem de recurso: ele é reconhecido como bom profissional, já ficou três meses sem usar, tem vínculo com a mãe e conhece a rede. Um plano construído só sobre faltas começa perdendo.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma equipe recebe o relato: "Mulher, 41 anos, uso de benzodiazepínicos há seis anos, encaminhada pelo clínico geral". A primeira proposta é "desmame supervisionado e encaminhamento ao CAPS".

O que a clínica ampliada acrescentaria antes de decidir? Perguntaria por que o medicamento foi iniciado, quem prescreve hoje, se há insônia de base, se houve tentativa de retirada, qual o contexto de vida, o que a pessoa teme perder. Talvez o problema não seja "dependência de benzodiazepínico", mas um quadro de insônia crônica tratado por seis anos sem reavaliação — e a conduta envolva o prescritor, não apenas a pessoa.

ERROS FREQUENTES

Usar "clínica ampliada" como sinônimo de atendimento gentil; listar dimensões no formulário sem usá-las para decidir; transformar o olhar ampliado em investigação da vida privada sem pertinência; abandonar o saber específico em nome de uma suposta visão geral; confundir integralidade com atendimento de tudo no mesmo serviço.

SÍNTESE

A clínica ampliada sustenta o PTS porque desloca o olhar do sintoma para a situação, do especialista isolado para a equipe e do paciente passivo para o sujeito do projeto. Integralidade é a tradução operacional desse olhar: considerar todas as dimensões relevantes e garantir continuidade entre serviços. Sem esse fundamento, o PTS vira formulário.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Explique a diferença entre "olhar holístico" e clínica ampliada, usando um exemplo do caso Rafael.
2. Identifique, no relato a seguir, o momento em que o foco se fechou sobre a doença: "Rafael chegou com insônia. Contou que usa cocaína. A equipe então passou a discutir apenas o encaminhamento ao CAPS AD."
3. Cite uma potencialidade de Rafael que um plano centrado apenas no diagnóstico tenderia a ignorar.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Qual afirmação expressa corretamente a relação entre clínica ampliada e PTS?

a) A clínica ampliada é um modelo de tratamento que substitui o PTS.
b) A clínica ampliada é o referencial que dá sentido ao PTS, ao deslocar o olhar do sintoma para a situação e incluir a pessoa na decisão.
c) A clínica ampliada exige que o profissional saiba de tudo sobre a vida da pessoa.
d) A clínica ampliada dispensa o saber especializado.

Gabarito: b. A clínica ampliada não é modelo de tratamento nem dispensa especialidade: é referencial que organiza o olhar e a relação. © confunde ampliação com investigação total; (d) ignora que o saber parcial continua necessário.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

UNIDADE 1.3 · 1 H

1.3 Os quatro momentos do PTS

Apresentação

Quem aprende o PTS costuma decorar quatro palavras: diagnóstico situacional, metas, responsabilidades, reavaliação. Decora e não usa — porque decorar a sequência não ensina o que cada momento exige decidir.

Esta unidade trata os quatro momentos como perguntas, não como etapas de formulário.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. descrever os quatro momentos e a pergunta central de cada um;
2. distinguir o que é decisão de cada momento do que pertence ao seguinte;
3. reconhecer erros típicos em cada momento;
4. aplicar a lógica dos quatro momentos a um caso curto.

Desenvolvimento

Por que "momentos" e não "etapas"

O Caderno de Atenção Básica nº 34 organiza o PTS em quatro momentos: **diagnóstico situacional, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação**. A palavra importa: etapa sugere começo e fim, cumprimento e encerramento; momento sugere posição dentro de um processo que retorna.

Na prática, a reavaliação reabre o diagnóstico situacional. Um projeto revisado no dia 60 não volta ao ponto de partida: parte de uma situação que já mudou — inclusive porque o plano existiu.

Momento 1 — Diagnóstico situacional

Pergunta central: o que está acontecendo nesta situação e o que a sustenta?

Não é diagnóstico médico. É leitura compreensiva: história, dimensões afetadas, fatores que mantêm o problema, recursos disponíveis, risco imediato e hipóteses a testar.

Decisão típica: quais hipóteses explicam melhor o que está acontecendo e o que ainda precisa ser investigado.

Erro frequente: escrever um rótulo ("dependente químico sem crítica") no lugar de uma leitura; ou listar dados sem interpretação.

Momento 2 — Definição de metas

Pergunta central: o que queremos alcançar, em quanto tempo, e como saberemos que avançamos?

Aqui entram prioridades, objetivos e metas. Priorizar é escolher com critério; o objetivo dá direção; a meta torna a direção verificável.

Decisão típica: o que vem primeiro, o que fica para depois e qual resultado observável será buscado.

Erro frequente: meta que é desejo do profissional ("aceitar internação"); meta sem prazo; muitas metas simultâneas; prioridade definida sem a pessoa.

Momento 3 — Divisão de responsabilidades

Pergunta central: quem faz o quê, até quando, e com qual apoio?

Define intervenções, responsáveis, prazos, indicadores e cronograma. A pessoa participa das responsabilidades que lhe cabem — nunca da responsabilidade técnica.

Decisão típica: distribuição de ações entre pessoa, equipe, família e rede, com verificação de viabilidade.

Erro frequente: "equipe" como responsável genérico; atribuir tarefa a serviço não contatado; cobrar comparecimento sem garantir acesso.

Momento 4 — Reavaliação

Pergunta central: o que mudou, o que se confirma, o que precisa ser revisto?

Compara previsto e ocorrido, testa hipóteses, ajusta metas e decide sobre continuidade, mudança de rumo ou encerramento. Tem data marcada desde o início.

Decisão típica: manter, ajustar, mudar de prioridade ou encerrar — com justificativa registrada.

Erro frequente: reavaliar só em crise; registrar "sem alterações" sem evidência; retirar a pessoa do projeto por lapso; encerrar por falta de contato sem busca ativa.

Como os quatro momentos se conectam

Momento	Recebe de	Entrega para	Documento que produz
Diagnóstico situacional	avaliação integral	definição de metas	síntese situacional e hipóteses
Definição de metas	prioridades negociadas	divisão de responsabilidades	objetivos, metas e prazos
Divisão de responsabilidades	metas e recursos reais	reavaliação	matriz de ações e indicadores

Momento	Recebe de	Entrega para	Documento que produz
Reavaliação	execução e indicadores	novo diagnóstico situacional	registro de reavaliação e nova versão

Um plano que pula a divisão de responsabilidades não é executável. Um plano que pula a reavaliação não é PTS: é intenção registrada.

EXEMPLO APLICADO

No caso de Rafael:

Momento	O que acontece	Decisão registrada
Diagnóstico situacional	uso de cocaína e crack em contexto de desemprego, dívida, afastamento do filho e sofrimento psíquico	três hipóteses: insônia/humor mantêm o álcool; afastamento do filho reduz motivação; amigos de uso ocupam lugar de vínculo
Definição de metas	negociação com Rafael	quatro objetivos, seis metas com prazos de 7 a 90 dias
Divisão de responsabilidades	pactuação com UBS, CAPS AD, CRAS e mãe	matriz com responsáveis, prazos e indicadores
Reavaliação	dia 60, com lapso de álcool e melhora do sono	manter duas metas, ajustar uma, incluir meta de sono

Observe: a reavaliação não anulou o plano. Ela incorporou informação nova — inclusive o lapso — e mudou o que precisava mudar.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma equipe constrói um PTS com metas claras e responsáveis definidos. Trinta dias depois, ninguém se reúne. Cinquenta dias depois, a pessoa falta e a equipe registra "abandono de tratamento".

Em qual momento o projeto falhou? Na reavaliação — que não tinha data marcada e não aconteceu. O "abandono" foi produzido também pela ausência de busca ativa e de revisão. Registrar abandono sem registro de tentativa de contato é erro técnico, não conclusão clínica.

ERROS FREQUENTES

Tratar os quatro momentos como formulário sequencial obrigatório; preencher todos os campos na primeira reunião; fazer reavaliação sem dados de acompanhamento; usar a reavaliação para justificar decisão já tomada.

SÍNTESE

Os quatro momentos são perguntas que organizam o raciocínio: o que está acontecendo, o que queremos alcançar, quem faz o quê e o que mudou. São iterativos: a reavaliação reabre o diagnóstico. Cada momento tem uma decisão própria, e pular qualquer um compromete a execução do projeto.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Associe cada pergunta ao momento correspondente: (a) "quem vai acompanhar o contato semanal?"; (b) "por que o uso aumenta à noite?"; © "o que mudou em 60 dias?"; (d) "qual resultado observável buscamos em 30 dias?".
2. Escreva uma meta que pertença ao momento 2 e uma ação que pertença ao momento 3, usando o caso Rafael.
3. Explique por que "reavaliação" não é sinônimo de "avaliação inicial repetida".

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma equipe define: "Meta: reduzir o uso de cocaína. Responsável: equipe. Prazo: quando possível." Quais momentos estão mal construídos?

a) Apenas o momento 2, porque a meta é vaga.
b) Os momentos 2 e 3, porque a meta não é verificável e a responsabilidade é genérica, sem prazo definido.
c) Apenas o momento 3, porque "equipe" não pode ser responsável.
d) Nenhum: a formulação é aceitável em contexto de escassez.

Gabarito: b. A meta não indica quanto, como nem até quando; a responsabilidade sem nome funcional e sem prazo impede verificação. (a) e © identificam apenas parte do problema; (d) naturaliza um defeito técnico.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

UNIDADE 1.4 · 1 H

1.4 O PTS como processo dinâmico

Apresentação

Existe uma diferença entre um projeto que envelhece e um projeto que morre. O primeiro continua orientando decisões; o segundo é arquivado e ninguém consulta.

O Caderno 34 diz que o PTS é um processo dinâmico, com caráter provisório, porque a relação entre profissional e usuário está em constante transformação. Esta unidade trata do que isso exige na prática.

> **OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**
>
> Ao final desta unidade, você será capaz de:
> 1. explicar por que o PTS é provisório por definição;
> 2. identificar sinais de que um projeto precisa ser revisto;
> 3. reconhecer critérios de seleção de casos para PTS na atenção básica;
> 4. decidir, diante de um caso, entre manter, ajustar ou encerrar o projeto.

Desenvolvimento

Provisório não é descartável

Se o projeto é provisório, por que escrevê-lo? Porque provisoriedade não significa ausência de compromisso: significa que o plano vale para o que se sabe hoje e será revisto quando o conhecimento mudar. O documento registra uma decisão datada, não uma verdade permanente.

A comparação útil é com uma hipótese científica: ela orienta a investigação e é abandonada quando os dados a contradizem — não porque era inútil, mas porque cumpriu sua função.

O que muda e o que permanece

Mudam prioridades, metas, responsáveis e intensidade das intervenções. Permanecem o vínculo, a lógica de construção compartilhada e o compromisso de não abandonar a pessoa quando o plano falha.

Um projeto que muda tudo a cada mês também é problema: indica ausência de hipótese consistente. Revisar não é recomeçar.

Sinais de que o projeto precisa ser revisto

Sinal	O que pode indicar	O que fazer
Meta não avançou em dois ciclos	meta inviável, obstáculo não previsto ou hipótese errada	revisar hipótese e viabilidade
Faltas repetidas sem contato	barreira de acesso, desmotivação, mudança de contexto	busca ativa e revisão do plano
Uso ou crise apesar do plano	intensidade insuficiente ou prioridade mal definida	reavaliar risco e intensidade
Novo serviço ou mudança de moradia	contexto alterado	atualizar rede e responsáveis
Pessoa passa a formular outro objetivo	projeto desalinhado com o desejo atual	negociar nova prioridade
Equipe sem reunião há mais de um ciclo	projeto sem governança	retomar reunião e registrar

Critérios de seleção de casos

Na atenção básica, o Caderno 34 observa que não é viável nem necessário elaborar PTS para todas as pessoas atendidas: devem ser priorizados os casos de maior gravidade e complexidade, considerando a extensão e a intensidade dos problemas e quantas dimensões estão afetadas.

Isso produz uma decisão prática que precisa ser registrada: por que este caso tem PTS e aquele não. Sem esse registro, a seleção vira critério implícito — e critério implícito costuma reproduzir desigualdade de acesso.

Quando encerrar

Encerrar é uma decisão legítima, com três condições: objetivos alcançados e sustentáveis; transferência de cuidado pactuada com outro serviço; ou decisão da pessoa, respeitada e registrada, com porta aberta.

Não é encerramento legítimo: ausência de contato sem busca ativa; alta por "falta de adesão"; encerramento para reduzir fila; encerramento por mudança de profissional sem passagem de caso.

O que sustenta a continuidade

Três elementos: registro legível, reunião de equipe com periodicidade e alguém identificado como referência do caso. Sem os três, o projeto depende da memória de uma pessoa — e a rotatividade de equipe é regra, não exceção.

EXEMPLO APLICADO

No dia 60, a equipe de Rafael se depara com um lapso de álcool em uma festa, sem uso de cocaína ou crack. Há duas respostas possíveis.

A primeira trata o lapso como falha do plano e propõe recomeçar do zero, com metas mais rígidas. A segunda trata o lapso como informação: o álcool aparece em contexto social, não apenas "para dormir". A equipe ajusta a hipótese, inclui meta de redução de dano relacionada ao álcool e mantém o vínculo.

A segunda resposta é tecnicamente superior porque incorpora o dado novo sem abandonar o que funcionava. E é eticamente superior porque não transforma recaída em perda de direito ao cuidado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um serviço decide revisar todos os PTS a cada 90 dias, em mutirão. Na primeira rodada, 60% dos documentos são atualizados em uma tarde, com a mesma frase: "paciente estável, mantém acompanhamento".

O que falhou? A revisão foi tratada como tarefa documental, não como decisão clínica. Revisar exige dado de acompanhamento, hipótese, comparação e decisão — não assinatura em massa.

ERROS FREQUENTES

Manter o projeto intacto por meses para "não mexer no que está funcionando"; revisar sem dados; usar a revisão para reduzir direitos; encerrar sem pactuação; trocar de referência sem passagem de caso.

SÍNTESE

O PTS é provisório porque a situação e a relação mudam. Revisar é parte do método, não sinal de fracasso. Na atenção básica, a seleção de casos deve ser criteriosa e registrada. Encerrar exige condição: objetivos alcançados, transferência pactuada ou decisão respeitada — nunca abandono disfarçado de alta.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Explique a diferença entre "projeto provisório" e "projeto descartável".
2. Liste três sinais que indicam necessidade de revisão de um PTS e a conduta correspondente.

3. Justifique, em três linhas, por que registrar o motivo de um caso ter PTS é uma decisão técnica e não burocrática.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma pessoa falta a três contatos consecutivos. A equipe registra "abandono de tratamento" e encerra o PTS. Qual é a avaliação correta dessa conduta?

a) Adequada: a ausência caracteriza abandono e libera a equipe.
b) Inadequada: faltas exigem busca ativa e registro das tentativas antes de qualquer encerramento.
c) Adequada, desde que o registro tenha data.
d) Inadequada apenas se a pessoa tiver risco suicida.

Gabarito: b. O encerramento sem busca ativa transforma barreira de acesso em decisão da pessoa. (a) e © naturalizam o erro; (d) restringe indevidamente a exigência de busca ativa a um único fator de risco.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

02

Avaliação integral e compreensão da pessoa

5 HORAS · 5 UNIDADES

Como avaliar sem reduzir a pessoa ao uso de substâncias: dimensões da vida, risco e proteção, singularidade e organização das informações.

UNIDADE 2.1 · 1 H

2.1 Avaliação biopsicossocial

Apresentação

Terceiro dia de Rafael na Clínica Vila Serena. Dez e vinte da manhã, sala de atendimento individual. A terapeuta abre o instrumento de avaliação da casa: onze páginas, quarenta e dois campos.

Em "queixa principal", ele diz "insônia". Vem o bloco de substâncias, e ele responde com monossílabos, olhando o rodapé da mesa. Em "medicamentos em uso", conta que toma "um comprimido branco, de vez em quando, que pega com a mãe". Ela pergunta o nome. Ele não sabe. Ela escreve "não informado" e passa ao campo seguinte.

Às onze e dez, a ficha está preenchida em quase tudo. Na reunião da tarde, a terapeuta percebe que não sabe o que Rafael faz quando não consegue dormir, quanto ele deve, nem o que espera do filho.

A avaliação foi feita. A pessoa não foi compreendida.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:

1. distinguir avaliação integral de soma de exames e de preenchimento de formulário;
2. conduzir o levantamento das dimensões biológica, psicológica, social e relacional com perguntas concretas e em ordem defensável;
3. reconstruir história de vida e trajetória de uso no nível que interessa ao projeto;
4. registrar o que foi avaliado separando relato, observação e hipótese, e nomeando o que falta;
5. usar instrumentos padronizados e entrevistas com familiares com finalidade e limites explícitos.

Desenvolvimento

Avaliação integral não é soma de exames

Um exame responde a uma pergunta fechada: quanto é a glicemia, o que mostra a radiografia. A avaliação integral responde a outra: **como esta pessoa vive, o que a adoece, o que a sustenta e o que ela quer**. Nem é a soma dos laudos justapostos no prontuário: o que faz a integralidade é a **reunião organizada** dessas informações em torno de uma pergunta comum, com registro de quem forneceu cada dado e do que falta.

Também não é a ficha preenchida. A ficha existe porque a instituição precisa dela: a RDC 29/2011 exige ficha individual por residente, com itens mínimos que incluem tempo previsto de permanência e aten-

dimento à família (art. 7º), e avaliação diagnóstica prévia registrada na admissão (art. 16). Mas a ficha é o continente e a avaliação é o conteúdo.

A dimensão biológica: corpo, sono, dor e medicação

Comece pelo corpo, porque é o que a pessoa sente primeiro e o que menos se pergunta quando o caso é "de drogas": tudo tende a ser lido como consequência do uso. Precisa entrar a condição de saúde sem acompanhamento — Rafael tem pressão alta e não se trata há dois anos —, os sinais que ele não relata (perda de peso, tosse, dentes), o sono com duração e frequência, a dor, a medicação com nome e origem, e o histórico de convulsão, overdose e internação.

"Um comprimido branco que pego com a mãe" é um achado: automedicação com medicamento de terceiro, sem receita, sem saber o nome, combinada com álcool. A RDC 29/2011 dá ao responsável técnico a responsabilidade pelos medicamentos em uso e veda estoque sem prescrição (art. 17). O que fazer com isso depende da sua competência: aferir pressão, pesar, perguntar e registrar está ao alcance de qualquer profissional da equipe; interpretar exame ou definir conduta, não. Avaliar o corpo inclui registrar onde ele será examinado, por quem e quando — a norma prevê encaminhamento à rede para intercorrências (art. 8º).

A dimensão psicológica: humor, ansiedade e o que não se conclui

Humor, interesse, energia, ansiedade, irritabilidade, memória, concentração, apetite, esperança em relação ao futuro. Não é questionário de sintomas: é a descrição de como a pessoa está por dentro nos últimos meses. Com Rafael, aparecem humor deprimido há cerca de cinco meses, perda de interesse, desesperança e ansiedade social — nada disso estava na queixa, que era insônia.

Duas decisões técnicas. **Descrever, não diagnosticar:** "refere humor deprimido há cinco meses, com perda de interesse e desesperança; relata ideação suicida passiva no último mês, sem plano" é avaliação; "quadro depressivo grave com risco suicida" é conclusão que exige avaliação especializada e, no caso do diagnóstico nosológico, competência privativa. **Registrar a fonte:** o que a pessoa conta é relato, o que você vê na sala é observação, o que você conclui é hipótese — e hipótese se escreve como hipótese. Risco de autoagressão tem unidade própria (2.4), mas, se aparecer aqui, interrompe o roteiro e vira prioridade.

A dimensão social: trabalho, renda, moradia, documentos e Justiça

É a dimensão que mais vira "dados socioeconômicos" — bloco preenchido por obrigação e nunca lido. Deveria ser lida como **condição de execução do plano**. Rafael trabalha por diárias, com intervalos cada vez maiores; deve R$ 4.200 a um agiota; estudou até o 7º ano; a UBS fica a dez minutos e o CAPS AD a quarenta. "Comparecer ao CAPS AD duas vezes por semana" é inexequível para quem depende de ônibus, trabalha por diária e perde o dia quando vai: não é falta de motivação, é geografia e dinheiro.

Pergunte por **trabalho e renda** (com o que trabalha, como aparece o serviço, quanto entra no mês), **dívidas** (deve a alguém, alguém está cobrando), **moradia** (onde, com quem, própria ou alugada), **escolaridade e documentos** (até que série, tem carteira) e **Justiça e território** (processo, prazo, tempo e

custo até o serviço). Sobre Justiça, pergunte pelo documento e pelo prazo, não pela culpa: "tem alguma coisa marcada na Justiça que você precisa cumprir?" abre; "já foi preso por quê?" fecha.

A dimensão relacional: família, vínculos e rede

Aqui se faz o mapa, não a queixa. Com Rafael: a mãe, Dona Sônia, 61 anos, hipertensa, cuidadora principal e sobrecarregada; a irmã, Bruna, 28, afastada depois de um episódio em que ele pegou dinheiro em casa; a ex-companheira, Patrícia, que aceita o contato com o filho só se ele estiver "limpo"; o filho, Davi, 9 anos, a 90 km, não visto há sete meses; um namoro instável com Jéssica, que também usa cocaína.

O mapa serve a três perguntas de projeto: **quem sustenta o cuidado, quem o corrói e quem pode ser convocado**. E serve para descrever padrões, não culpas: não "a irmã é fria", mas "quando ele pede dinheiro, Bruna se afasta; quando ela se afasta, ele procura os amigos que usam".

Distinga **rede de apoio** de **lista de serviços**: rede é fluxo com nome, telefone e responsável — quem atende, em que dia, com que porta de entrada, com que tempo de espera. A RAPS, organizada pela Portaria nº 3.088/2011, dá o desenho geral; o PTS precisa do desenho real do território, com os gargalos que a pessoa já conhece.

O que perguntar e em que ordem

Não existe ordem única, mas existe ordem defensável: **do concreto ao sensível, do presente ao passado, da pessoa ao contexto** — deixando o inventário detalhado de substâncias para quando houver vínculo e finalidade (2.3).

1. **O que trouxe você aqui e o que espera que mude.** Abre, situa e produz o objetivo embrionário.
2. **Um dia comum, de quando acorda até quando dorme.** Entrega horário, trabalho, casa, companhia, fissura, bebida, sono e tédio numa única resposta narrativa.
3. **História de vida em linha do tempo.** Onde nasceu, com quem cresceu, escola, primeiro trabalho, perdas, internações e o que mudou quando o uso mudou de padrão.
4. **Trabalho, dinheiro, casa, documentos, Justiça.**
5. **Pessoas.** Quem mora junto, quem ajuda, quem cobra, quem se afastou.
6. **O que você quer que exista daqui a um ano.** Fecha com direção, não com queixa.

Como registrar sem transformar a pessoa em ficha

O registro de avaliação tem quatro colunas e nenhuma delas é opinião: **dimensão, o que se sabe, fonte, o que falta**.

Dimensão	O que se sabe	Fonte	Lacuna
Biológica	hipertensão sem acompanhamento; perda de peso; insônia; comprimido da mãe sem nome	relato e aferição	exames; avaliação clínica

Dimensão	O que se sabe	Fonte	Lacuna
Psicológica	humor deprimido há 5 meses; ideação suicida passiva no último mês, sem plano; tentativa há 6 anos	entrevista	avaliação de risco; avaliação especializada
Social	diárias; dívida de R$ 4.200 com cobrança; 7º ano; CAPS AD a 40 minutos	entrevista e relato da mãe	documentação; qualificação
Relacional	mãe cuidadora sobrecarregada; irmã afastada; contato com o filho condicionado	entrevista	disposição da irmã; vínculo com serviços

Três regras de linguagem mudam tudo. **Verbos em vez de adjetivos:** "chegou vinte minutos antes, falou pouco, olhou o chão" em vez de "pouco colaborativo" — o adjetivo encerra; o comportamento se compara depois. **Palavras da pessoa entre aspas:** "diz que a bebida 'é só à noite, para dormir'" preserva dado e pessoa. E nada de "sem crítica": "dependente químico, sem crítica" informa apenas que a pessoa discorda de você.

Instrumentos padronizados: para que servem e o que não fazem

Instrumentos de rastreio têm três utilidades: **organizar** perguntas que costumam ser esquecidas, **comparar** a mesma pessoa ao longo do tempo e **conversar com outros serviços** em linguagem comum. O que eles não fazem: não substituem a entrevista, não fecham diagnóstico, não decidem conduta. Um escore é probabilidade obtida em uma população, com ponto de corte definido para um uso; fora daquela população e daquele uso, é um número — não um veredito.

Use a versão e o ponto de corte do próprio instrumento, conferidos no manual, nunca de memória. **Registre o resultado com fonte e data, e registre a divergência** quando o escore contradiz o que você viu: "escore elevado em rastreio de uso de álcool; relata uso noturno diário, sem sinais de abstinência; avaliação clínica solicitada" é registro honesto; "álcool: 12 pontos" não é.

Entrevista com familiares: consentimento e finalidade

Familiar é fonte valiosa e fonte **interessada**: traz informação que a pessoa não traz e também a leitura dele, com medo, culpa e exaustão. As duas coisas entram, desde que marcadas.

Antes de entrevistar, combine com a pessoa **quem** você vai ouvir, **o que** vai perguntar, **o que** volta para o registro e **o que** não volta. A RDC 29/2011 protege o sigilo (art. 19, V) e garante acesso à ficha ao residente e ao responsável (art. 7º) — "isso fica entre nós" precisa ser preciso sobre o que, exatamente, fica.

Duas decisões práticas. **Pergunte por descrição, não por veredito:** "como é um dia com ele?" produz material; "ele é agressivo?" produz rótulo e defesa. **Cuide de quem cuida:** perguntar a Dona Sônia como ela está, se dorme, se sofre violência em casa, é avaliação da rede. E o relato é dado com fonte, não fato: "a mãe relata que ele fica agressivo quando bebe" é diferente de "é agressivo quando bebe".

Consultório e instituição com regime residencial

O núcleo é o mesmo; as fontes mudam, e mudam as tentações.

Aspecto	Instituição com regime residencial	Consultório
fontes	entrevista, observação do cotidiano, equipe de convivência, família	entrevista, relato, o que a pessoa traz entre sessões
observação	sono, apetite, convivência com pares, reação a regras	aparência, discurso, pontualidade, o que muda entre sessões
risco típico	avaliação virar vigilância e dossiê comportamental	depender de uma única fonte e nunca confrontá-la

Na instituição, a observação do cotidiano é fonte que o consultório não tem — e a que mais se corrompe. Ver a pessoa todos os dias produz familiaridade, e familiaridade produz duas armadilhas: concluir sem perguntar ("já sei como ele é") e registrar comportamento como caráter ("manipula a equipe"). A defesa é registrar dado com data, fonte e descrição.

A avaliação precisa acontecer em lugar que permita falar: sala individual com privacidade, espaço para receber família, fluxo que não obrigue a pessoa a contar a história no corredor — o que a RDC 50/2002, ao tratar de projetos físicos de estabelecimentos de saúde, torna variável do projeto.

No consultório, a fonte principal é o relato, e ele precisa de contrapeso: convidar um familiar, pedir que a pessoa traga por escrito como foi a semana, observar o que ela faz com o combinado.

EXEMPLO APLICADO

Mesma sala, mesmo dia. A terapeuta fecha a ficha e faz uma pergunta.

— Antes de continuar no papel, me conta um dia comum seu. De quando acorda até quando dorme.
— Acordo cinco e pouco. Se tem serviço, saio seis. Se não tem, fico deitado, pensando.
— E a noite?
— Durmo uma, duas da manhã. Bebo uma cerveja, às vezes duas, três. Acordo cansado.
— A cerveja ajuda a dormir?
— Ajuda a relaxar. Mas acordo no meio da noite. Às vezes dá vontade de usar. Forte.
— Você falou de remédio. Qual é?
— Um branquinho, da minha mãe. Acho que é pra dormir. Não sei o nome.
— E pressão alta, você tem?
— Tenho. Tô sem remédio tem uns dois anos. Não vou no médico desde que saí da internação.
— E quando não está trabalhando, tem alguma coisa que você gosta?
— Jogo bola com uns amigos. Faz tempo que não vou. Vergonha. Eles não usam, trabalham, têm família. Eu era o que jogava melhor.

A terapeuta registra, e o registro tem cinco linhas que a ficha não tinha: insônia com padrão noturno e fissura associada; álcool como indutor de sono, com despertar no meio da noite; automedicação com medicamento de terceiro, sem nome, combinada com álcool; hipertensão sem tratamento há dois anos; e uma rede de apoio existente e não usada — o futebol com amigos que não usam, interrompido por vergonha.

Nenhuma pergunta sobre quantidade de cocaína, nenhuma escala, nenhuma interpretação. Em vinte minutos apareceram o corpo sem tratamento, o sono como núcleo do problema, a bebida como estratégia e não como hábito social, a fissura com horário e um recurso afetivo que a equipe não saberia que existia.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Dona Sônia chega para a entrevista de família, autorizada pelo filho. Fala por quarenta minutos: cansaço, dinheiro que desaparece de casa, medo do agiota, uma noite em que ele quebrou uma porta. No fim, faz dois pedidos: "não conta pra ele que eu falei da dívida" e "não põe no papel que ele quebrou a porta, senão ele perde a vaga".

O que você faz com o que ela contou?

Orientação de resposta: primeiro, separar três coisas que vieram juntas — informação clínica, pedido de sigilo e risco. A informação (dívida com cobrança, episódio de destruição de objeto, medo da cuidadora) entra no registro, porque muda a leitura de risco e de prioridade. O pedido de sigilo não pode ser aceito de forma genérica: a ficha é acessível à pessoa e ao responsável (art. 7º) e o sigilo tem limites (art. 19, V) — diga o que é possível: "não vou contar a conversa, mas o que muda o cuidado entra no registro, e prefiro que ele saiba por mim, com você junto". Segundo, distinguir dívida de violência: o episódio da porta é novo e relevante para a segurança da casa; pergunte o que aconteceu antes, o que aconteceu depois e se ela se sente segura hoje. Por fim, não transformar a entrevista em aliança contra o filho — o que a mãe diz é a versão dela, registrada como tal — e marcar o próximo passo com data.

ERROS FREQUENTES

Preencher o instrumento inteiro no primeiro encontro e chamar isso de avaliação. Perguntar tudo sobre a substância e nada sobre o corpo, de modo que a hipertensão sem tratamento e o remédio emprestado passem despercebidos. Tratar o relato do familiar como fato e o do paciente como defesa. Registrar adjetivos no lugar de comportamentos e deixar "manipulador" no prontuário de alguém que dez profissionais vão ler. Concluir diagnóstico a partir de três sintomas e de um escore, e anunciar o resultado de uma escala como sentença. E não registrar o que falta — o que faz o próximo profissional recomeçar do zero, como a terapeuta da cena de abertura.

SÍNTESE

Avaliação biopsicossocial é a reunião organizada do que se sabe sobre quatro dimensões — corpo, psique, condições materiais e vínculos — com a fonte de cada informação e o registro do que falta. Não é soma de exames nem ficha preenchida: é compreensão suficiente para que o projeto seja construído com a pessoa. Pergunta-se do concreto ao sensível, começando por um dia comum, passando pelo corpo e pelo sono, pela linha do tempo, pelo trabalho e pela casa, até as pessoas e o que se quer da vida. Registra-se com verbos, com as palavras da pessoa e com as lacunas à vista.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Reescreva estes três registros de modo descritivo: "manipulador", "sem crítica", "não colaborativo".

Resposta comentada: "manipulador" costuma descrever quem pede o que precisa por caminhos indiretos — registre o comportamento: "solicita alta a cada plantão noturno; nega dificuldade quando questionado". "Sem crítica" descreve discordância: "reconhece prejuízo com cocaína; não considera o álcool problema; atribui a insônia ao desemprego". "Não colaborativo" descreve uma interação: "respondeu com monossílabos nos primeiros quinze minutos; passou a falar do filho quando o assunto mudou".

2. Um colega diz: "apliquei a escala de rastreio, deu alto, então ele é dependente e precisa de internação". Responda em três frases.

Resposta comentada: um escore de rastreio indica probabilidade de problema na população em que o instrumento foi validado, com o ponto de corte previsto para aquele uso — não é diagnóstico e não define conduta. A conduta depende da avaliação clínica, do padrão de uso, do contexto, do risco e da vontade da pessoa; fora de risco imediato, a internação exige concordância. O caminho correto é registrar resultado com fonte e data, registrar o que a entrevista mostrou e encaminhar para avaliação especializada quando o caso pede.

3. Por que "me conta um dia comum seu" produz mais informação útil do que "quais são seus hábitos de sono, alimentação e uso"?

Resposta comentada: porque a pergunta narrativa devolve o encadeamento — o que acontece, em que ordem, com quem e em que horário —, e é o encadeamento que interessa ao projeto: a fissura aparece depois do despertar no meio da noite, que aparece depois da cerveja, que existe porque não houve trabalho naquele dia. A pergunta fechada produz itens isolados, cada um respondido com o mínimo. No caso de Rafael, o dia comum entregou sono, bebida, automedicação, fissura com horário e um vínculo perdido — em vinte minutos.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Em um primeiro encontro de avaliação, com cinquenta minutos disponíveis e um instrumento institucional de onze páginas, a conduta mais adequada é:

a) preencher o instrumento completo, campo por campo, e deixar para os próximos encontros qualquer assunto que não esteja previsto nele.

b) começar pelo que a pessoa traz e por um dia comum, cobrir corpo, sono, condições materiais e vínculos, registrar fonte e lacunas, e deixar o inventário detalhado de uso para o contato seguinte.

c) aplicar uma escala de rastreio, usar o escore como conclusão da avaliação e encaminhar imediatamente para internação.

d) entrevistar primeiro os familiares, sem informar a pessoa, para obter a versão não editada da história.

Gabarito: b.

A avaliação integral reúne informações de várias fontes em torno de uma pergunta comum, com registro do que se sabe, de quem e do que falta; por isso começa pelo que a pessoa traz e se distribui em mais de um encontro, sem abandonar o instrumento — preenchido com o que foi avaliado, não no lugar da avaliação. A alternativa (a) inverte a lógica e produz ficha cheia e pessoa não compreendida; © dá a um escore o valor de diagnóstico e de indicação de internação, que ele não tem; (d) rompe o consentimento e transforma a família em fonte clandestina.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

O roteiro é o mesmo, com outro ritmo. Divida a avaliação em dois ou três encontros; no primeiro, cubra o que muda a conduta das próximas duas semanas — corpo, sono, risco, uso, condições de vida — e diga o que ficou faltando e quando será tratado. Use o intervalo como fonte: peça três linhas sobre como foram as noites, ou a caixa do remédio que a pessoa toma. Registre em prontuário próprio com o mesmo critério de fonte e lacuna, porque você é, na maioria dos casos, a única continuidade do caso.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 8º, 16, 17 e 19.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002** — projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011** — Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — integralidade e avaliação biopsicossocial.

CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

UNIDADE 2.2 · 1 H

2.2 Avaliação relacionada ao uso de substâncias

Apresentação

Segundo dia de Rafael na Clínica Vila Serena. O acolhimento já registrou álcool, cocaína, crack, insônia e risco de autoagressão. Agora o técnico de referência quer aprofundar o entendimento sobre o consumo e abre o formulário padrão de avaliação de substâncias: "com que idade você usou cocaína pela primeira vez? E crack? Qual a frequência no último mês? E de álcool?"

Rafael cruza os braços. Diz que bebe "uma ou duas latinhas" e que usa cocaína "de vez em quando". O profissional anota: "paciente minimiza o uso, sem crítica" — e encerra a avaliação com a impressão de que a conversa não rendeu.

A cena mostra o problema mais comum dessa avaliação: transformar escuta em interrogatório. Quando a conversa vira busca de confissão, a pessoa se defende — e defesa não é informação. Avaliar uso não é medir gramas nem contar latas; é entender que função a substância ocupa na vida de alguém, quais prejuízos existem e quais riscos precisam de resposta hoje. Esta unidade ensina a conduzir essa conversa para que produza matéria-prima para o Projeto Terapêutico Singular (PTS), sem moralismo e sem perder o vínculo.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:

1. explicar a dependência como fenômeno biopsicossocial, distinguindo essa leitura de explicações morais;
2. investigar o padrão de uso — substância, frequência, quantidade, via, contexto e função — sem interrogatório;
3. identificar comorbidades frequentes, risco de overdose e sinais de alerta que não podem esperar;
4. lidar com a minimização do relato, incluindo o uso criterioso da informação de familiares com consentimento;
5. registrar o padrão de uso de forma descritiva e útil ao projeto, sabendo para que servem e para que não servem os exames toxicológicos.

Desenvolvimento

Dependência não é falha moral

A evidência consolidada descreve a dependência como fenômeno biopsicossocial: interagem vulnerabilidades biológicas, condições psicológicas (trauma, sofrimento psíquico, repertório de enfrentamento) e determinantes sociais (contexto, acesso, desigualdade, rede). Explicar o uso por uma única via — genética, caráter, família, espiritualidade — produz intervenção errada e, quase sempre, humilhação.

Três conceitos organizam a avaliação, não para julgar, mas para dimensionar gravidade e risco:

- **Tolerância:** necessidade de doses maiores para o mesmo efeito, ou efeito menor com a mesma dose.
- **Abstinência:** sinais físicos e psíquicos que aparecem quando o uso é reduzido ou interrompido; em algumas substâncias é potencialmente grave e exige avaliação médica.
- **Fissura** (craving): desejo intenso de usar, muitas vezes disparado por estímulos associados ao uso, por estresse ou por estados emocionais específicos.

Consequência prática: com tolerância alta, abstinência e fissura frequente, a equipe prevê suporte e observa os primeiros dias — não para vigiar, mas porque é ali que o risco clínico se concentra.

O padrão de uso: o que perguntar e por quê

"Cerca de quantas vezes você usou no último mês?" produz mais do que "quanto você usa por dia?", porque não exige que a pessoa converta consumo em gramas nem a coloca na posição de ré. Bastam cinco elementos.

Elemento	Pergunta que funciona	Para que serve no PTS
substâncias	o que você usa, e o que considera sua droga principal?	define o foco inicial sem ignorar o que a pessoa não vê como problema
frequência	quantos dias no último mês? como foi nas semanas antes de chegar aqui?	dá linha de base para qualquer meta
quantidade	quanto costuma usar em um dia de uso?	dimensiona risco clínico; não é prova de honestidade
via	inalada, fumada, injetada, oral?	muda o risco orgânico e as orientações de saúde
contexto e companhia	onde, com quem, em que situação?	identifica gatilhos e o papel social do uso

Falta o elemento mais importante: **a função**. O que a substância entrega? Sono, alívio de ansiedade, coragem para trabalhar, pertencimento, silêncio para uma dor que ninguém tratou? Retirá-la sem entender essa função é deixar a pessoa sem o recurso que encontrou — e o retorno ao uso fica previsível.

Vale a mesma advertência para o álcool, que costuma desaparecer da avaliação porque a pessoa não o apresenta como problema e porque a equipe se concentra na substância ilegal. No caso de Rafael, o álcool noturno sustenta a insônia; ignorá-lo é planejar contra o próprio quadro.

Comorbidades frequentes e o acúmulo de danos

O uso raramente chega sozinho. Ansiedade, depressão, trauma, dor crônica e transtornos do sono aparecem com frequência na mesma pessoa, e a causalidade costuma ser de mão dupla: o sofrimento aumenta o uso, o uso agrava o sofrimento. Quadro depressivo não tratado, insônia de meses ou dor crônica sem acompanhamento precisam entrar no plano — e, quando exigem avaliação especializada, o encaminhamento é parte da avaliação, não etapa posterior.

Há uma imagem clínica útil para o acúmulo: **politraumatismo de uso**. Não é categoria diagnóstica nem termo de manual; é metáfora que lembra que os danos chegam juntos — físicos (perda de peso, pressão alta sem controle, lesões, infecções), psíquicos, familiares, financeiros, legais e ocupacionais.

Quando a pessoa minimiza ou não sabe informar

"Uso, mas tenho controle" é a frase mais frequente da primeira avaliação. A resposta do profissional decide se haverá aliança ou confronto.

Se você responde como promotor — "sua mãe disse que você gastou o salário inteiro" —, a pessoa recua e o resto da conversa é ficção. Se responde como quem quer entender, a minimização se torna um dado: medo de internação, vergonha, histórico de ser desmentido, dificuldade real de perceber o próprio padrão.

Três movimentos funcionam melhor que a confrontação:

1. **Trocar quantidade por consequência.** "Nos dias em que você usa, como é o dia seguinte? Como fica o sono, o trabalho, o humor?"
2. **Perguntar pela exceção.** "Qual foi a última vez que conseguiu ficar uma semana sem? O que era diferente?" A exceção informa recursos e não exige admissão de doença.
3. **Devolver sem acusar.** "Você diz que é de vez em quando; sua mãe descreve semanas em que você desaparece. Não preciso decidir quem está certo — preciso entender o que acontece nessas semanas."

Quando a pessoa não sabe informar, não insista em precisão que ela não tem. "Não sei" é resposta legítima e se registra como tal, com a lacuna explícita: precisão inventada sob pressão é pior que ausência de dado.

O relato de familiares, com consentimento

O familiar costuma trazer o que a pessoa não traz: dívidas, desaparecimentos, agressividade, crises convulsivas, mudança de peso, o dia em que "não era ele ali". Isso é valioso e tem lugar no projeto — com regras.

O familiar é ouvido com o conhecimento da pessoa, e o que ele conta não é usado como arma em atendimento. A informação de terceiro entra no registro identificada como tal — "segundo a mãe", "relato da irmã" —, nunca como fato estabelecido. Quando contradiz o relato da pessoa, a divergência é registrada, não resolvida por decreto: divergência entre versões é informação sobre confiança, medo e proteção. Em situação de risco — violência doméstica, ameaça à vida —, o fluxo é de proteção, e o sigilo não acolhe risco; isso se comunica à pessoa antes de acontecer.

Risco de overdose e sinais que não esperam

Alguns achados interrompem a avaliação de planejamento e acionam conduta clínica imediata. São sinais de alerta:

- uso recente de depressores — álcool, opioides, sedativos — combinados ou em dose alta, com sonolência excessiva, fala arrastada ou respiração lenta;
- uso de estimulantes com dor no peito, palpitação, agitação extrema ou confusão;
- sinais de abstinência grave: tremor intenso, sudorese, taquicardia, desorientação, alucinações, história de convulsão por abstinência;
- intoxicação ou rebaixamento de consciência no momento do atendimento.

Diante disso, a prioridade das próximas horas é avaliação médica: o PTS daquele dia tem uma meta zero, estabilizar. Planejar abstinência com quem tem risco de convulsão não é ambição terapêutica, é negligência.

Instrumentos de rastreio: existem, e exigem formação

Existem instrumentos padronizados de rastreio para álcool e outras substâncias. É recomendação técnica corrente que sejam aplicados por profissional treinado: não substituem a conversa, não produzem diagnóstico por si e exigem formação para aplicação e interpretação. Se a sua instituição os usa, o uso responsável é como apoio à escuta, nunca como prova de aptidão. Esta unidade não ensina a aplicar escores; ensina a reconhecer quando o instrumento ajuda e quando apenas reveste o julgamento de aparência técnica.

Exames toxicológicos: para que servem e para que não servem

O exame toxicológico identifica uso recente e tem utilidade clínica real: esclarecer agitação ou rebaixamento em que o relato não é confiável, orientar conduta em interação medicamentosa e acompanhar um indicador acordado no projeto.

Ele não serve para três coisas que a rotina institucional costuma exigir dele:

Uso indevido	O que produz
condição de permanência ("testou positivo, está fora")	evasão, ocultação de uso e ruptura de vínculo justamente quando o risco aumenta
prova de mentira em atendimento	confronto, defesa e perda do que a pessoa contaria espontaneamente
vigilância sem finalidade clínica declarada	relação de fiscalização, contrária à lógica do cuidado

Frequência e obrigatoriedade de testagem em serviços residenciais são controversas e variam conforme o projeto institucional e a orientação técnica local. O que não é controverso: resultado positivo é informação clínica a discutir na reavaliação, não atestado de fracasso. Se a instituição adota testagem, isso deve constar das normas e rotinas explicadas na admissão (RDC 29/2011, art. 19) — e não aparecer como surpresa na terceira semana.

O registro que serve ao PTS

O registro é onde a avaliação se salva ou se perde:

Não registrar	Registrar
"dependente químico grave, mentiroso, sem crítica"	"uso diário de cocaína inalada, com episódios de crack nos fins de semana; fissura intensa à noite"
"nega o álcool"	"considera o álcool 'só para dormir'; relata 3 a 4 latas por noite, com despertar no meio da madrugada"
"histórico de internações"	"duas internações anteriores: 7 dias (voluntária) e 3 meses (saída antes do previsto)"
"sem suporte familiar"	"mãe é cuidadora principal e está sobrecarregada; irmã afastada após episódio de dinheiro"

Quatro campos bastam para tornar o padrão utilizável: o que se usa e por qual via; com que frequência e em que contexto; qual função o uso cumpre, segundo a própria pessoa; e quais lacunas e divergências permanecem. A partir daí, o projeto formula objetivos e metas — abstinência, redução de uso ou redução de danos — sempre negociados, e nunca como condição para receber cuidado. Meta de abstinência imposta não é meta terapêutica: é exigência de entrada, e produz o que toda exigência de entrada produz.

EXEMPLO APLICADO

O técnico senta-se com Rafael, sem formulário à vista.

— Rafael, não preciso de confissão. Preciso entender como as coisas funcionam no seu dia. Você disse que bebe à noite para dormir. Há quanto tempo a bebida virou o seu remédio para dormir?

— Uns cinco, seis meses. Desde que perdi o serviço. Eu não desligava a cabeça.

— E a bebida desliga?

— Na hora. Mas de madrugada eu acordo suando, com o peito apertado. Perco a noite.

— E a cocaína, onde entra?

— De dia, quando aparece. Ou no fim de semana, com os conhecidos. Aí o dinheiro vai embora.

— No último mês, você precisou usar mais do que no começo do ano para ter o mesmo efeito?

— Bem mais. Antes um pino durava a sexta. Hoje, se pegar três, vão os três.

— E se você fica um ou dois dias sem nada, como o corpo reage?

— Fico mole, o corpo dói, a cabeça pesa. E dá raiva de tudo.

— Alguma coisa te fez passar muito mal nas últimas semanas? Falta de ar, dor no peito, desmaio?

— Não. Só o peito apertado de noite, mas é da preocupação.

— E essa preocupação, o que ela tem de mais urgente hoje?

Observe o que se obteve sem uma pergunta sobre gramas: a função do álcool (sono), o contexto da cocaína, a perda de controle financeiro, sinais de tolerância e de abstinência incipiente, e ausência de alerta agudo. A última pergunta abre o que o PTS vai endereçar — a dívida — sem que a conversa virasse inquérito.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Rafael está em acompanhamento ambulatorial e volta para a segunda sessão após dez dias. Conta que a semana foi "tranquila", que usou "quase nada" e que está confiante. No mesmo dia, a mãe liga para a recepção, sem que ele saiba: ele desapareceu de sexta a domingo, voltou sem o celular e chorou dizendo que "não aguenta mais".

O que você faz no encontro seguinte?

Orientação de resposta: a informação da mãe indica risco e não pode ser arquivada; mas começar a sessão com uma acusação destrói o vínculo e ensina Rafael a não contar nada. O caminho é nomear a origem da informação e abrir espaço, sem exigir confissão: "sua mãe entrou em contato preocupada com o seu fim de semana. Não vim te interrogar nem te julgar; quero entender o que aconteceu entre sexta e domingo". Se ele mantiver a negativa, registre a divergência, investigue o que impede a fala (medo de nova internação, vergonha) e reforce que relatar um lapso não encerra o acompanhamento. Verifique também risco: desaparecimento e choro com desesperança pedem pergunta direta sobre ideação suicida e sobre o que ele usou nesses dias. A divergência entre versões não é o problema a vencer — é o material a compreender.

ERROS FREQUENTES

Fazer da avaliação um inquérito, com perguntas fechadas em série e conferência de contradições. Descartar o álcool porque a pessoa não o apresenta como problema. Aceitar a versão mais tranquila sem ouvir a família — e a da família como fato, sem ouvir a pessoa. Não perguntar sobre tolerância, abstinência e fissura e depois estranhar a crise da primeira semana. Ignorar sinais clínicos por considerá-los "drama". Usar o toxicológico como sentença. E registrar adjetivos — "manipulador", "sem crítica" — em vez do que foi dito.

SÍNTESE

Avaliar uso de substâncias é compreender um padrão, não apurar uma culpa. A dependência é biopsicossocial, e tolerância, abstinência e fissura são informações clínicas, não sinais de fraqueza. O padrão se descreve por substância, frequência, quantidade, via, contexto e — sobretudo — função. Comorbidades frequentes (ansiedade, depressão, trauma, dor crônica, sono) fazem parte do quadro, e o acúmulo de danos pede estabilização antes de qualquer meta. Minimização se responde com consequências, exceções e devolução, não com confronto; o relato familiar entra com consentimento e marcado como relato. Risco de overdose e abstinência grave interrompem o planejamento. Exame toxicológico serve à clínica, nunca como condição de permanência. E o registro descritivo, com lacunas explícitas, é de onde saem as metas negociadas.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Uma pessoa diz, na avaliação: "eu só bebo para relaxar, o problema da minha vinda aqui é a pressão da minha família". Escreva a pergunta que você faria em seguida e justifique a escolha.

Resposta comentada: algo como "o que costuma acontecer em casa nos dias em que você bebe para relaxar?". A pergunta aceita a função declarada sem concordar nem discordar dela e desloca a conversa para consequências observáveis, que a pessoa pode descrever sem se sentir acusada. "Você não acha que isso é dependência?" produz defesa e encerra a informação.

2. Por que avaliar apenas a cocaína e não registrar que a pessoa não dorme há meses e está com humor deprimido compromete o plano?

Resposta comentada: porque parte do uso cumpre função de alívio de um sofrimento que segue sem tratamento. Se o plano ataca apenas a substância e não a insônia e o quadro depressivo, o motivo do uso permanece e o retorno tende a ocorrer. Além disso, sono e humor são indicadores úteis, e sem linha de base não há como avaliar mudança.

3. Reescreva para prontuário: "paciente mentiu sobre as quantidades, é manipulador e não quer melhora".

Resposta comentada: "nos primeiros relatos, informa uso esporádico de cocaína; relato da mãe descreve desaparecimentos de fim de semana e perda de celular. Divergência registrada. Conside-

ra o álcool 'só para dormir'. Mantida abordagem de vínculo; avaliar medo de internação e vergonha como barreiras ao relato." A versão descritiva preserva a divergência, nomeia a fonte e indica a hipótese a testar — sem julgar caráter.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Na primeira semana de uma pessoa acolhida em clínica de reabilitação, a conduta mais adequada na avaliação relacionada ao uso de substâncias é:

a) exigir exame toxicológico negativo como condição para a pessoa permanecer na instituição.
b) obter a quantidade exata consumida por dia, confrontando a pessoa com o relato da família até que ela admita a dependência.
c) mapear substâncias, frequência, via, contexto e função do uso, verificar tolerância, abstinência, fissura e comorbidades, e checar sinais de risco que exijam avaliação médica imediata.
d) suspender todo medicamento trazido pela pessoa até que o exame toxicológico esclareça o padrão de uso.

Gabarito: c.
A avaliação produz matéria-prima para o PTS quando descreve padrão e função do uso e identifica risco clínico, com registro descritivo. A alternativa (a) transforma o exame em pena e produz ocultação; (b) confunde avaliação com interrogatório e toma o relato familiar como prova; (d) atribui à equipe decisão que é de prescritor e cria risco de abstinência grave.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a avaliação costuma ocorrer com alguém que não está em crise e quer reduzir o impacto do uso no trabalho, no sono ou nas relações. O foco é o mesmo, com outro ritmo: mapear padrão e função, identificar gatilhos e negociar metas realistas — dias sem uso na semana, mudança de contexto, redução de dose —, registrando o acordado e o que ficou fora. Com contato semanal ou quinzenal, o autorrelato é a principal fonte, e ele se sustenta na experiência de que contar um lapso não encerra o tratamento. Se houver abstinência grave, comorbidade psiquiátrica não avaliada ou risco de intoxicação, o encaminhamento médico é parte da conduta.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 16 e 19.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

UNIDADE 2.3 · 1 H

2.3 Fatores de risco e fatores de proteção

Módulo 2 · Unidade 4 · 1 hora · Curso: Projeto Terapêutico Singular (40 h) · Versão 1.0 · 23/11/2026

Apresentação

São 7h10 de uma quinta-feira na Clínica Vila Serena. Rafael, 34 anos, terceiro dia de permanência, não desceu para o café. O educador do turno da noite anotou: "não saiu do quarto depois do grupo; pediu para não acender a luz". Às 10h, a técnica de referência o encontra deitado, de fone, olhando o teto. Ele diz que está bem. E que quer falar com a mãe.

No domingo, na visita, Dona Sônia conta à recepção que o filho pediu "o remédio para dormir que ela toma". Alguém responde: "deixa com ele, se é o que ele já usa em casa". Na reunião de equipe da segunda, o resumo sobre Rafael cabe em uma frase: "tranquilo, colaborativo, um pouco preguiçoso".

Três informações de risco atravessaram a casa em quatro dias — o isolamento, o pedido noturno, a medicação sem receita — e nenhuma virou dado.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:

1. descrever risco e proteção como balança que muda de posição, não como etiqueta aplicada uma vez;
2. reconhecer os seis riscos que o projeto precisa nomear e o que cada um altera na conduta;
3. perguntar sobre risco de forma direta, sem induzir resposta e sem transformar a conversa em interrogatório;
4. escrever um plano de segurança de uma página e organizar as primeiras 72 horas de risco alto;
5. converter fatores de proteção em metas verificáveis do projeto, com registro que a equipe consegue usar.

Desenvolvimento

Risco não é etiqueta

Risco é a probabilidade de um desfecho ruim acontecer, multiplicada pela gravidade e pela urgência com que ele pode se instalar. Proteção é o que reduz essa probabilidade ou diminui a gravidade. As duas convivem na mesma pessoa e mudam de posição.

Daí a imagem da balança: não serve para dizer quem "é de risco", mas para saber, hoje, o que pesa mais. Uma pessoa com tentativa no histórico e vínculo familiar consistente não está na mesma posição de outra sem vínculo — e as duas podem inverter em uma semana. O rótulo, ao contrário, congela a conduta de quem lê.

Vale separar o que é o quê. **Evidência consolidada:** alguns fatores aparecem associados a desfechos piores em muitos estudos — tentativa anterior, uso de várias substâncias, isolamento social, violência recente. Essa literatura descreve associações em grupos, não prevê o caso individual. **Recomendação técnica:** perguntar de forma direta, registrar, ter plano escrito e não deixar sozinho nas primeiras horas. **Interpretação deste curso:** a metáfora da balança e os quatro níveis. **Controvérsia:** o peso de instrumentos padronizados de rastreio, a utilidade de termos de compromisso assinados e a internação como medida protetiva.

Os seis riscos que o projeto precisa nomear

Risco	Como aparece na clínica	O que muda na conduta
Recaída ou lapso	uso na permanência, contato com quem usa, fissura noturna	plano de resposta à fissura; lapso é dado clínico, não expulsão
Overdose e intoxicação	tolerância reduzida, mistura de álcool e cocaína, medicação de terceiros	avaliação clínica no mesmo dia; nunca "deixar passar a noite"
Suicídio e autoagressão	ideação, desesperança, tentativa anterior, acesso a meios	perguntar, plano de segurança, reduzir acesso a meios
Violência	dívida com agiota, ameaça, agressão de parceiro, conflito na casa	fluxo de proteção com a rede; não se resolve com conversa pedagógica
Evasão e desligamento	visita difícil, telefonema de casa, pedido súbito de saída	busca ativa, comunicação à família e registro (art. 21)
Agravamento clínico	abstinência de álcool ou benzodiazepínico, hipertensão sem tratamento, perda de peso	encaminhamento à rede (art. 8º e 22), sem manejo improvisado

A retirada abrupta de álcool e de benzodiazepínico pode incluir convulsão: a instituição sem retaguarda para isso não deve admitir a pessoa para fazê-la (art. 16, parágrafo único).

Quatro níveis, e o quarto é a própria casa

Nível	Risco	Proteção
Individual	humor deprimido, insônia, fissura, tentativa anterior	períodos sem uso, ofício reconhecido, pedir ajuda

Nível	Risco	Proteção
Familiar	cuidadora sobrecarregada, relação que protege e cobra, irmãos afastados	mãe presente, irmã disponível sob condições claras, filho como razão de mudança
Social	dívida com agiota, desemprego intermitente, amigos que usam	território conhecido, rede de serviços do bairro, trabalho por diária
Institucional	rotina rígida, perda de autonomia, convivência com pares em situação grave, ameaça de desligamento	rotina que organiza sono, distância do território de uso, alta prevista

O nível institucional é o único que a equipe controla — e o mais esquecido. Internação longa sem projeto, convivência que expõe a relatos de violência e regra que humilha também produzem risco.

Como perguntar sobre risco sem induzir resposta

Pergunta indutora produz alívio falso; pergunta direta produz informação.

1. Preparar o terreno. Lugar privado, tempo e um aviso: "vou te fazer perguntas difíceis, porque preciso saber como você está".

2. Perguntar direto, sem eufemismo. "Você não está pensando em fazer besteira, né?" pede confirmação de que está tudo bem. "Você tem pensado em se matar?" e "tem pensado que seria melhor não acordar?" alcançam coisas diferentes: a segunda capta a ideação passiva, que muita gente não nomeia como ideia de morte. Nenhuma planta a ideia — quando ela existe, já estava lá.

3. Aprofundar em fatos. Quando foi a última vez, com que frequência, existe plano, existe acesso a meio, já tentou antes, o que te segura aqui.

4. Fechar com o que a equipe vai fazer. Não com promessa de sigilo absoluto, mas com nome, horário e o que muda na rotina.

Risco não se pergunta uma vez: pergunta-se de novo quando muda algo — visita, notícia de casa, conflito, aproximação da alta.

O que a equipe precisa ver na rotina da casa

Quem vê o risco antes do técnico é o educador, a cozinha, a enfermagem do turno — e **observação sem combinado não vira cuidado**.

Sinal	Por que importa	O que fazer
isolamento por mais de um turno, recusa de refeições	é o sinal mais precoce e o mais confundido com "sossego"	registrar e comunicar ao técnico no mesmo dia

Sinal	Por que importa	O que fazer
dorme de dia, acorda à noite	pode indicar depressão, abstinência ou uso dentro da casa	avaliar no dia seguinte
irritabilidade nova, conflito com colega	mudança de padrão costuma anteceder crise	registrar o episódio, não o julgamento
dinheiro, celular ou medicação na visita	a visita é o principal canal de entrada e saída de risco	conferência combinada com a família antes

Plano de segurança e as primeiras 72 horas

Plano de segurança não é termo de compromisso e não se assina. É uma página escrita com a pessoa, nas palavras dela, copiada para ela e para o registro. Seis campos bastam: meus sinais de que estou piorando; o que eu faço quando os percebo; quem eu procuro, com nome e telefone; o que a equipe faz e quem está no turno; o que reduz meu acesso a meios; o que a família faz e o que não traz na visita.

Primeiras duas horas: não deixar a pessoa sozinha, com alguém nomeado; retirar ou guardar meios; comunicar a coordenação técnica; registrar o que foi dito.

Até 24 horas: garantir avaliação clínica e, quando indicado, psiquiátrica; decidir com base nela se a casa tem condições de manter a pessoa — se não tiver, encaminhar (art. 8º e art. 16, parágrafo único).

Entre 24 e 72 horas: reavaliação diária registrada, com critérios de melhora e de piora; plano revisado a cada reavaliação; equipe de convivência orientada sobre o que observar.

O que não se faz: isolamento sem plano nem prazo, promessa de sigilo que não será cumprida e "vamos ver como ele amanhece". Em risco imediato à vida, o art. 19, IV prevê a restrição da interrupção do tratamento, mas exige avaliação e documentação por médico.

Rede: quem faz o quê

Risco alto se maneja com telefone na mão. CAPS AD para acompanhamento especializado e suporte à clínica; SAMU (192) para risco iminente à vida e remoção; hospital geral para intoxicação, abstinência grave e tentativa com dano à saúde; Conselho Tutelar quando há criança ou adolescente em risco.

A RDC 29/2011 exige encaminhamento à rede para intercorrências (art. 8º) e indicação dos serviços disponíveis (art. 22). Na prática: o fluxo de cada risco escrito — quem liga, para quem, em que horário, com qual documento.

Transformar proteção em meta

Fator de proteção listado e não usado é decoração. O vínculo com Dona Sônia vira "duas conversas por semana, com pauta combinada, verificadas por registro". O ofício de pedreiro vira "retomar dois biscates em 60 dias, verificado por dias trabalhados no mês". Duas ressalvas: meta construída sobre prote-

ção é da pessoa, com apoio, não obrigação imposta à família sobrecarregada; e proteção não cancela risco — o vínculo com a mãe é o principal recurso de Rafael e, ao mesmo tempo, o canal pelo qual a medicação sem receita entrou na casa.

Registro, passagem de turno e o risco de fabricar o que se teme

O registro de risco tem seis elementos: data, o que foi perguntado, a resposta com as palavras da pessoa, o que foi feito, o nível atribuído e os critérios de reavaliação. A passagem de turno trata risco como item fixo.

E há o efeito mais difícil de medir: a profecia autorrealizável. Quem é descrito como caso perdido para de tentar; quem é vigiado sem explicação evade. Monitorar é diferente de vigiar: monitorar é combinado, explicado e protege; vigiar é secreto, punitivo e ensina a esconder. Linguagem pessoa-primeiro não é preciosismo: "pessoa que tentou suicídio", não "suicida" — o que se escreve sobre alguém organiza o que a equipe fará com ela no turno seguinte.

EXEMPLO APLICADO

Segunda-feira, 14h. Sala de atendimento individual, porta fechada.

— Você pediu para ligar para sua mãe duas vezes na mesma noite. O que estava acontecendo?
— Nada. Eu queria saber se ela está bem.
— Ela trouxe um remédio na visita. Que remédio é esse?
— O que ela toma para dormir. Eu tomei dois ontem.
— Rafael, eu preciso te perguntar uma coisa difícil, e eu pergunto para todo mundo que está aqui. Você tem pensado em se matar?
— Não desse jeito.
— De que jeito, então?
— Às vezes eu penso que seria mais fácil não acordar. Mas eu não vou fazer nada.
— Quando foi a última vez?
— Ontem. Quando vi que ela ia embora e eu ia ficar aqui mais um mês.
— Tem acesso a algum remédio aqui dentro? E em casa, quando sair?
— O da minha mãe. Tem bastante em casa.
— O que te segura quando isso aperta?
— Meu filho. E o serviço, que eu preciso voltar a pegar.
— Então a gente escreve isso agora, os dois, em uma folha. E eu te digo o que eu vou fazer, porque não vou só anotar e ir embora.

A técnica perguntou direto, com aviso e privacidade, e recebeu a formulação exata da ideação passiva — a mesma da avaliação inicial, que costuma passar batida. E o que a conversa desencadeou não foi "conversar melhor": a medicação passou a ser guardada pela enfermagem (art. 17), a avaliação médica foi marcada para o mesmo dia, o plano foi escrito à mão, com a letra dele, e copiado para o registro, e o CAPS AD foi contatado, com nome de quem atendeu. Nada disso resolveu o risco; tudo isso o tornou visível.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma mulher de 29 anos, 11º dia de permanência, pede para ir embora hoje. O companheiro, que a agrediu duas semanas antes, mandou mensagem dizendo que está "outra pessoa" e quer que ela volte. Ela tem um filho de 4 anos, que está com a avó. Diz que, se ficar, "vai enlouquecer".

O que você faz nos próximos 40 minutos?

Orientação de resposta: separe o que está junto — o risco (violência, retorno ao agressor, evasão), a proteção (filho, avó, vínculo com a equipe) e a decisão (a permanência é voluntária; o art. 19, IV garante o direito de interromper o tratamento). Não é papel da equipe proibir a saída, nem lavar as mãos: as duas coisas abandonam a pessoa. Pergunte sobre a violência de forma concreta — o que ele fez, se houve ameaça depois, se há arma — e sobre o filho: onde está e se o companheiro tem acesso a ele. Com esses dados, articule a rede antes de responder: saúde mental, assistência social e Conselho Tutelar se houver risco à criança. Se ela decidir sair, o plano de saída é escrito com ela — para onde vai, quem a acompanha, o que fazer se ele aparecer — e a porta de retorno fica explícita, com data. E não use o filho como argumento moral nem trate a saída como alta por desistência.

ERROS FREQUENTES

Transformar risco em rótulo e seguir tratando a pessoa pelo rótulo. Perguntar uma vez, na admissão, e considerar o assunto encerrado. Prometer sigilo absoluto que a equipe não vai cumprir. Fazer a pessoa assinar termo de compromisso e chamar isso de plano de segurança. Deixar medicação com a família sem conferência, contrariando o art. 17. E ignorar o que o educador viu porque "ele não é técnico" — quem está no turno vê primeiro, e o que ele vê só vale se chegar ao registro.

SÍNTESE

Risco e proteção formam uma balança que muda de posição: a avaliação serve para saber o que pesa hoje. Seis riscos precisam de linha própria no projeto — recaída, overdose, suicídio, violência, evasão e agravamento clínico — e se distribuem em quatro níveis, sendo o institucional o único que a equipe controla. Risco se pergunta de forma direta, com aviso e privacidade. A equipe de convivência vê os sinais antes do técnico, e observação sem combinado não vira cuidado. Risco alto se responde em horas: segurança imediata, avaliação clínica, rede acionada por nome, plano escrito com a pessoa e critérios de reavaliação. Proteção que não vira meta é decoração — e registro sem estigma impede a equipe de fabricar o desfecho que teme.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Reescreva em linguagem observável, sem adjetivo de julgamento: "manipulador"; "resistente"; "cronicamente suicida".

Resposta comentada: o critério é trocar interpretação por comportamento, com contexto e frequência. "Manipulador" vira "pediu para ligar para a mãe três vezes na mesma noite, depois de saber que a visita foi cancelada"; "resistente" vira "faltou ao grupo de segunda e de quarta; disse que não vê sentido em falar na frente dos outros"; "cronicamente suicida" vira "duas menções de ideação passiva no último mês, sem plano; uma tentativa há seis anos". A descrição permite que o próximo profissional decida.

2. Um colega pergunta a Rafael: "você não está pensando em fazer besteira, né?". Reescreva a pergunta de modo que abra informação e diga o que a versão original perde.

Resposta comentada: algo como "eu pergunto isso para todo mundo que está aqui: você tem pensado em se matar? E tem pensado que seria melhor não acordar?". A versão original pede confirmação de que está tudo bem, oferece a resposta socialmente aceitável e usa um eufemismo que a pessoa pode não reconhecer como a própria experiência. A segunda nomeia o assunto e inclui a ideação passiva — a forma mais comum e a mais fácil de não ser registrada.

3. A partir de um fator de proteção de Rafael — o vínculo com a mãe, o ofício de pedreiro ou o filho Davi —, escreva uma meta para 60 dias com indicador de verificação.

Resposta comentada: exemplo com o filho: "realizar duas ligações mediadas ao filho em 60 dias, com data combinada e apoio da equipe; indicador: registro de cada ligação e relato na reavaliação". O que faz a meta funcionar é ter quantidade, prazo, apoio previsto e verificação. O que a faz falhar é o enunciado genérico ("retomar vínculo com o filho") ou a dependência de terceiro não registrada — a mediação com a ex-companheira é condição, não fracasso dele.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma pessoa em risco alto de autoagressão, com ideação e acesso a medicação, está na clínica há quatro dias. A conduta mais adequada nas primeiras 72 horas é:

a) manter a pessoa em observação no quarto, sem contato com os demais, até que a avaliação médica possa ocorrer na semana seguinte.
b) retirar ou guardar os meios, não deixar a pessoa sozinha com alguém nomeado, garantir avaliação clínica no mesmo dia, acionar a rede por contato nominal e registrar plano de segurança com critérios de reavaliação.
c) solicitar a assinatura de um termo em que a pessoa se compromete a não atentar contra a própria vida e liberar a circulação normal na casa.
d) comunicar a família e transferir a ela a decisão sobre a continuidade da permanência.

Gabarito: b.
O manejo de risco alto se faz com segurança imediata, avaliação no mesmo dia, rede acionada por

nome e plano escrito com critérios de reavaliação. A (a) confunde isolamento com proteção e adia a etapa mais urgente, a avaliação clínica. A © troca avaliação por documento assinado: termo de compromisso não reduz risco por si. A (d) transfere à família uma decisão técnica e retira da equipe a responsabilidade pelo cuidado.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o plano de segurança importa mais, não menos: não há plantão, educador de turno nem colega no corredor. Quatro combinados: o plano de uma página escrito na sessão, com nome e telefone de quem a pessoa aciona, serviço de urgência de referência (SAMU, 192) e hospital mais próximo; a política de contato entre sessões, dita em voz alta e por escrito; a busca ativa com limite de tentativas, se ela faltar; e o nível de risco com critérios de reavaliação a cada sessão.

A rede é construída caso a caso, então precisa de contato nominal antes da crise, não durante. E o sigilo tem limites que se explicam no começo: risco à vida, risco a terceiro identificável, criança ou adolescente envolvido.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 8º, 16, 17, 19, 20, 21 e 22.

BRASIL. **Lei nº 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — clínica ampliada, projeto terapêutico singular e articulação em rede.

UNIDADE 2.4 · 1 H

2.4 Organização das informações

Módulo 2 · Unidade 5 · 1 hora — Curso Projeto Terapêutico Singular (40 h) · Versão 1.0 · 23/11/2026

Apresentação

Quinta-feira, 7h50, sala técnica da Clínica Vila Serena. Sobre a mesa, a pasta de Rafael: trinta e quatro páginas — ficha de admissão, três evoluções, um bilhete do educador e um encaminhamento com o campo "agendado para" vazio.

Dez minutos até a reunião. A coordenadora pergunta: "quem é o Rafael?".

A terapeuta de referência responde: "colaborativo, quer parar, tem boa crítica em relação à cocaína". O educador do turno da noite discorda: "mentiu na admissão; disse que tinha parado em janeiro, e a mãe garante que ele nunca parou". A técnica de enfermagem acrescenta: "hipertenso, sem acompanhamento, tomando remédio emprestado da mãe".

O problema não é falta de informação: Rafael foi ouvido, a mãe foi ouvida, o educador observou. É que ninguém organizou o que existe — e informação não organizada vira ruído com carimbo de prontuário. A equipe então discute o caráter da pessoa, não a situação.

Esta unidade não ensina a coletar mais: ensina a organizar o que já foi coletado.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:

1. distinguir dado, informação e hipótese, reconhecendo quando a hipótese está disfarçada de fato;
2. separar, no registro, o observado, o relatado por terceiros e a impressão profissional;
3. escrever uma síntese narrativa de uma página e justificar seu uso na equipe;
4. montar linha do tempo e mapa de rede, com quem existe, quem ajuda e o que dificulta;
5. organizar as informações por domínios e conduzir uma discussão de equipe de dez minutos.

Desenvolvimento

Dado, informação e hipótese — e a fonte de cada coisa

Depois de três contatos, você não tem "o quadro": tem três coisas misturadas na mesma pasta, e a primeira tarefa é separá-las.

Dado é a unidade bruta, verificável, sem interpretação. **Informação** é o dado com contexto e consequência: o dado responde "quanto", a informação responde "e daí". **Hipótese** é a afirmação testável que explica o observado e diz o que a confirmaria ou a refutaria.

Tipo	Exemplo no caso de Rafael	O que permite
Dado	"PA 150/95 mmHg na aferição de 12/03"	acompanhar variação
Informação	"hipertensão sem acompanhamento, com medicamento de terceiro cujo nome desconhece"	decidir encaminhamento
Hipótese	"a insônia e o humor deprimido mantêm o uso noturno de álcool; se o sono melhorar, o uso deve reduzir"	orientar a reavaliação

O erro mais comum é escrever a hipótese como se fosse fato: "Rafael não reconhece a gravidade porque nega a doença" parece observação, mas é interpretação — e, escrita assim, encerra a investigação.

Três marcadores resolvem quase tudo: **observado**, **relato de** e **impressão clínica**. "Observado: dormiu no corredor entre 2h e 3h de terça." "Relato de Dona Sônia: ele nunca parou." O registro viaja: em noventa dias ninguém lembra a fonte.

A impressão clínica é legítima; o problema é disfarçá-la: descreva comportamento, contexto e data, não adjetivos.

A síntese de uma página

O formulário é organizado por quem o desenhou; a síntese, pelo caso. Não é formulário oficial: é um modo de escrever que obriga a decidir o que importa.

1. **Quem é, onde está, com quem conta.** Idade, o que faz, com quem mora, distâncias, quem participou da avaliação.
2. **O que a pessoa diz que quer e o que ela diz que é o problema**, com citações literais. "É só à noite, para dormir" carrega uma negociação que a paráfrase apaga.
3. **O que a família relata**, com fonte e data, e o que muda quando comparado à versão da pessoa.
4. **O que a equipe observou diretamente:** sono, apetite, comparecimento, aparência, horários.
5. **O que falta e quem vai buscar**, com prazo. Lacuna sem responsável é esquecimento com nome bonito.

6. **A pergunta que a equipe precisa responder hoje.** Uma só. Se forem cinco, não haverá resposta.

Duas fronteiras. A síntese para antes da interpretação: responde "o que sabemos, de quem, e o que falta"; por que o problema existe agora é o diagnóstico situacional, que começa em M3.

O registro: o que a norma exige e o que não entra

A RDC 29/2011 exige ficha individual por residente, com registro periódico e treze itens mínimos, acessível ao residente e ao responsável (art. 7º e §2º); o sigilo está no art. 19, V. O que a norma não diz é o que faz um registro ser bom: ela exige que exista e circule. Cumpri-la produz conformidade; o PTS precisa de registro com o qual se possa pensar.

Uma recomendação técnica, não uma exigência legal: **um prontuário por pessoa**, cronológico, com cada entrada datada e assinada. O §2º do art. 7º muda a escrita: se a pessoa pode ler o que você registrou, escreva o que diria na frente dela — não é censura, é precisão. E sigilo não é segredo: é compartilhamento delimitado por finalidade. A equipe acessa o que precisa para cuidar; a rede externa recebe o mínimo necessário, com consentimento, sob a lógica de dado sensível e finalidade da Lei nº 13.709/2018 (LGPD). E a sala onde se atende precisa garantir a privacidade que o sigilo exige (RDC 50/2002).

Não entram no registro: juízo sobre caráter, moral, sexualidade ou religião; informação de terceiros sem necessidade para o cuidado (o diagnóstico de um familiar, o nome de quem cobra a dívida); detalhe íntimo sem finalidade clínica; print de mensagem de familiar sem aviso; hipótese sobre diagnóstico de outro profissional sem avaliação que a sustente. A régua é uma: **registre o que sustenta uma decisão.** E não prometa o que o prontuário não guarda: diga o que fica e quem lê.

Divergências: quando as versões não coincidem

Rafael diz que parou em janeiro e ficou quatro meses. Dona Sônia diz que ele nunca parou. Quatro passos, nesta ordem.

Registre as duas, com fonte e data. Nunca faça a média: "parece que parou por volta de janeiro" perde as duas informações.

Verifique se falam do mesmo objeto. Ele falou de cocaína; ela, de bebida. Ele conta os dias em que não usou o que considera problema; ela vê as noites. Quase toda divergência desaparece quando se especifica substância, período e comportamento.

Quando não desaparece, a divergência é informação sobre a relação. A mãe que diz "nunca parou" se protege de uma esperança já quebrada; o filho que diz "parei" protege a única prova que tem de que consegue. Registre como hipótese sobre o vínculo, não como veredito.

Não use a divergência para desqualificar ninguém, nem a pessoa nem a família: usá-la como sentença é transformar organização em tribunal.

Linha do tempo e mapa de rede

A cronologia é o instrumento mais barato. Três faixas — uso e tratamento, trabalho e renda, vínculos e moradia — e o que existe posicionado nelas; documento entra com data, memória entra marcada como relato.

Período	O que aconteceu
16 e 24 anos	álcool nos fins de semana; início da cocaína inalada
29 anos	separação e demissão; uso mais frequente
2021–2023	internação de 7 dias; comunidade terapêutica de 3 meses, com saída antes do prazo
2024	três meses sem uso, com trabalho e visitas ao filho
últimos 8 meses	crack esporádico, ligado à fissura e ao grupo

Três coisas aparecem: as internações terminaram sem continuação — o padrão que importa não é a internação, é a saída; o melhor período de 2024 não foi só abstinência, foi abstinência com trabalho e com o filho; e a dívida e o afastamento da irmã não têm data. A linha do tempo produz perguntas, não causas.

O mapa de rede não é lista de serviços. Quatro perguntas o organizam: quem existe, quem ajuda e em quê, o que dificulta, e quem a equipe pode acionar sem quebrar o vínculo.

Quem	O que oferece	O que custa
Dona Sônia, 61	moradia, cuidado, mediação com serviços	cobrança, sobrecarga; hipertensa; com limite de saúde
Bruna, 28	vínculo fraterno interrompido	afastou-se após dinheiro tomado em casa; condicional
Patrícia, ex-companheira	contato com o filho, a 90 km	condiciona o contato à abstinência; baixa, mediada
Jéssica e amigos que usam	afeto, pertencimento, acesso	mantêm o circuito de uso
UBS, CAPS AD, CRAS	cuidado clínico, saúde mental, qualificação	deslocamento, espera; a construir

Uma mesma pessoa ajuda e dificulta: Dona Sônia media o contato com o filho e cobra o que ele não entrega. E os amigos que usam são, hoje, o único lugar onde Rafael pertence — retirá-los sem oferecer outro pertencimento é retirar a rede e manter o uso. Registre também o que não existe: ausência é informação clínica.

Organização por domínios

O domínio não é campo a preencher: é pergunta de cobertura, e revela o que a pasta esconde.

Domínio	A pergunta que organiza	No caso de Rafael
Saúde	o que dói e o que está sem tratamento?	hipertensão sem acompanhamento; insônia
Saúde mental	humor, ansiedade, sono, risco	depressão há 5 meses; ideação passiva; tentativa há 6 anos
Uso	o quê, quanto, quando, com que função	cocaína e crack; álcool noturno; crack ligado à fissura
Família	quem cuida, quem se afastou, com que condições	mãe sobrecarregada; irmã afastada
Trabalho e renda	com o que se sustenta, qual a dívida	biscates; dívida de R$ 4.200 com pressão
Moradia	onde mora, com quem, sob que risco	casa da mãe; sem risco de rua no momento
Justiça	há processo, medida ou documento pendente?	sem informação — lacuna explícita
Vínculos e sentido	com quem conta, o que dá sentido	filho; reconhecimento profissional

Seis dos oito domínios têm algo urgente. Organizada só por substância, a pasta perde cinco — e o plano trata de cocaína para alguém que também está deprimido, hipertenso, endividado e sem trabalho. Domínio vazio se escreve "sem informação". Preencher com suposição é o único erro irreversível: suposição registrada vira dado na reunião seguinte.

Dez minutos de discussão de equipe

Reunião que dá certo é a que tem pauta.

1 minuto — a pergunta do dia. O que a equipe precisa decidir hoje, escrito no quadro.

2 minutos — a síntese lida em voz alta. Lida, não distribuída: quem lê foi obrigado a decidir o que importa.

3 minutos — o que cada um viu que os outros não viram. Comece pelo turno da noite e pela enfermagem: é ali que está a observação que muda o caso.

2 minutos — as divergências. Nomeie, registre, não resolva por maioria.

1 minuto — as lacunas. O que falta, quem busca, até quando.

1 minuto — o registro. Cinco linhas, com o nome de quem escreveu.

EXEMPLO APLICADO

Sala técnica, 7h50: quadro branco, uma pasta, dez minutos.

— Antes de falar do caso, me diz o que você viu. Não o que achou dele: o que viu.
— Ele não dorme. Acorda três, quatro vezes, fica no corredor.
— Isso é o quê: você viu ou ele te contou?
— Vi terça, às duas da manhã, no corredor. E ele me disse que não dorme sem beber.
— Então são duas coisas: uma você viu, outra ele te disse. E o remédio?
— Um comprimido que a mãe manda. Não sabe o nome.
— Isso é relato dele: vira lacuna, não vira conduta.
— E a mãe? Ligou dizendo que ele nunca parou. Ele disse que ficou quatro meses sem nada.
— Ele disse "sem cocaína". Ela falou de bebida. Não é contradição: é o mesmo período visto de dois lugares.
— Com data e fonte, então registro as duas. E pergunto a ela o que vê à noite, e a ele o que conta como "parar".
— E a dívida? Ele pediu para eu não escrever.
— Isso você não pode prometer. Pode dizer o que fica e quem lê: valor e pressão ficam, porque mudam a conduta; o nome de quem cobra não fica.
— E para a reunião? Levamos uma página: quem ele é, o que diz que quer, o que a mãe diz, o que nós vimos, o que falta e quem busca, e a pergunta de hoje: quem avalia o risco e até quando.

Observe o que aconteceu em dez minutos. Quatro operações, nenhuma sobre a vida de Rafael: separar a fonte, especificar o objeto, datar e transformar o desconhecido em lacuna com responsável. A promessa de sigilo foi recusada sem romper o vínculo — substituindo o segredo pela regra: isto fica, isto não fica, estas pessoas leem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Dona Sônia pede para ler o que está registrado sobre o filho — direito que a norma assegura ao residente e ao responsável (art. 7º, §2º). Ela para numa linha escrita por um colega: "Rafael é manipulador; usa o filho para comover a equipe". Chora e diz que não quer aquilo escrito, porque o filho "vai ler isso um dia".

O que você faz?

Orientação de resposta: reconhecer que ela tem razão no essencial — aquela frase não deveria estar ali, porque não é informação clínica, é juízo sobre caráter, e não sustenta decisão nenhuma. Depois, não apagar: registro se corrige com retificação datada, que diz o que foi retirado e por quê. Apagar destrói o histórico e parece ocultação; retificar preserva a correção e permite auditar o que houve. Conversar com o colega a sós, propondo um padrão de equipe: descrever comportamento e contexto em vez de adjetivar. E registrar a conversa, a retificação e o combinado. O dano maior não foi a frase: foi uma opinião virar a versão oficial de alguém.

ERROS FREQUENTES

Guardar tudo e não decidir nada: a pasta completa que ninguém lê. Manter uma versão por profissional, para que a equipe discuta quem está certo. Abrir a discussão pelo diagnóstico e não pela pergunta do dia. Registrar adjetivo e chamar isso de observação clínica. Resolver a divergência escolhendo a versão mais conveniente para o plano. Prometer sigilo que o prontuário não sustenta. E escrever a síntese para a auditoria, sem pergunta: o documento fica irrepreensível e inútil.

SÍNTESE

Organizar é ato clínico, não burocrático. Separe dado, informação e hipótese, e marque sempre a fonte — a impressão é legítima, o que não se admite é vesti-la de fato. Escreva uma página com seis blocos e pare antes da interpretação, que é matéria de M3. Mantenha um prontuário por pessoa, datado e assinado, escrito como se a pessoa fosse ler, porque pela norma ela pode. Registre divergências em vez de apagá-las. Use a linha do tempo para ver sequência e a rede para ver função. E leve para a reunião uma pergunta, não um veredito.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Reescreva as três frases abaixo separando fato, relato e impressão: "Rafael é manipulador e não reconhece o problema. A mãe confirma que ele mente. Ele está desmotivado."

Resposta comentada: algo como: "Relato de Rafael: afirma que a bebida 'é só à noite, para dormir' e não é problema. Relato de Dona Sônia: diz que ele 'nunca parou'. Observado: compareceu a três dos quatro contatos; no último, pediu dinheiro emprestado a um colega. Impressão clínica: o tema do álcool parece fechado para ele agora, e insistir pode custar o vínculo." A reescrita devolve cada percepção ao lugar de onde veio: "manipulador" não pode ser refutado; "pediu dinheiro emprestado" pode.

2. Rafael diz que parou em janeiro e ficou quatro meses. Dona Sônia diz que ele nunca parou. Escreva as duas linhas que entrariam no registro e a pergunta que você faria a cada um.

Resposta comentada: registro: "Relato de Rafael (12/03): interrompeu o uso de cocaína em janeiro, permanecendo quatro meses sem uso. Relato de Dona Sônia (12/03): 'ele nunca parou'." Perguntas: a ele, "quando você diz que parou, está falando de cocaína, de crack, de bebida ou de tudo?"; a ela, "o que você vê à noite, em casa, que faz você dizer que ele não parou?". As perguntas buscam o objeto de cada afirmação, não quem mente.

3. Você tem dez minutos de reunião e uma pasta de 34 páginas. Escreva a pauta, com tempos, e diga o que fica de fora.

Resposta comentada: pauta: 1 min para a pergunta do dia; 2 min para a leitura em voz alta da síntese; 3 min para o que cada um viu e os outros não viram, começando pelo turno da noite; 2 min para as divergências; 1 min para as lacunas com responsável e prazo; 1 min para o registro de cinco li-

nhas. Fica de fora a leitura integral da pasta, o histórico completo e a discussão sobre o caráter da pessoa.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Ao organizar as informações coletadas sobre uma pessoa, a conduta mais coerente com o método do PTS é:

a) transcrever o prontuário integral para a síntese, para que nenhuma informação se perca.
b) registrar apenas a versão mais confiável quando a pessoa e a família divergem, evitando contradição no documento.
c) registrar fato, relato e impressão com fonte e data, manter as divergências e indicar as lacunas com responsável.
d) substituir a ficha institucional pela síntese narrativa, que é mais completa e mais útil à equipe.

Gabarito: c.
Separar a fonte, datar, preservar a divergência e nomear quem busca o que falta transforma coleta em material de trabalho. A (a) confunde volume com informação: trinta e quatro páginas não são síntese. A (b) apaga dado clínico justamente onde ele é mais informativo. A (d) opõe instrumentos complementares: a ficha é exigência da RDC 29/2011 (art. 7º) e a síntese organiza o que ela não hierarquiza.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

Sem equipe, você é a equipe — e o risco se inverte: não é a informação se dispersar em versões, é ela não existir. Duas disciplinas resolvem a maior parte: uma síntese de uma página por caso, atualizada a cada reavaliação; e registro datado em até 24 horas, com o que foi tratado e o próximo passo. Ao encaminhar, envie a síntese com consentimento, não o arquivo inteiro. E leia a sua síntese antes da sessão: é a supervisão mais barata que existe.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 16, 19 e 21.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018** — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

UNIDADE 2.5 · 1 H

2.5 Acolhimento e escuta qualificada

Apresentação

Rafael chega às 15h40 de uma terça-feira, com a mãe, uma mochila e um saco de roupa. Na recepção, alguém pede que ele abra a mochila para conferir se há celular, remédio ou objeto cortante. Ele obedece sem falar. A mãe assina dois papéis. Depois, alguém da equipe pergunta, no corredor: "você usa o quê, quanto por dia e há quanto tempo?"

Ele responde o mínimo. É levado ao quarto. À noite, pergunta ao educador: "quanto tempo eu fico aqui?" O educador diz que depende. Rafael entende que depende de coisas que ninguém explicou.

Nada disso é má-fé. É acolhimento feito no improviso, por pessoas cansadas, com uma fila de admissões e nenhum roteiro. E é nesse intervalo — entre a boa intenção e a falta de método — que o vínculo se perde antes de começar. Esta unidade trata do que fazer nessa primeira hora para que o projeto tenha em quem se apoiar.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:

1. distinguir acolhimento de triagem, de recepção administrativa e de simpatia;
2. conduzir a primeira hora de modo que a pessoa saiba onde está, o que vai acontecer e o que pode;
3. usar cinco movimentos de escuta qualificada sem transformar a chegada em interrogatório;
4. identificar sinais de risco que não podem esperar a avaliação completa;
5. registrar o acolhimento de forma útil para quem vai atender depois de você.

Desenvolvimento

Acolhimento não é triagem

Triagem é separar: quem entra, quem não entra, quem vai para onde. Acolhimento é responder: você chegou, eu estou aqui, vamos entender juntos o que está acontecendo. São operações diferentes, e a confusão entre elas produz o pior começo possível — a pessoa é classificada antes de ser ouvida.

Também não é simpatia. Ser gentil ajuda, mas não substitui método. Um acolhimento competente tem três componentes verificáveis: **informação** (a pessoa sabe o que vai acontecer com ela), **vínculo** (ela sai sabendo o nome de alguém e quando verá essa pessoa de novo) e **registro** (o que foi combinado fica escrito para a equipe inteira).

E não é preenchimento de ficha. A ficha serve ao projeto; a pessoa não serve à ficha. Se você passa quarenta minutos com um formulário e cinco com ela, fez burocracia.

A primeira hora: o que a pessoa precisa saber

A RDC 29/2011 exige orientação clara sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios de visitas e de comunicação com familiares e amigos, com concordância declarada por escrito — inclusive quando há mandado judicial (art. 19, II). Isso não é formalidade: é o que transforma internação em estadia compreensível.

Na prática, a primeira hora precisa cobrir sete pontos, e cobrir não significa recitar:

O que explicar	Por que importa
como é o dia na casa — horários, refeições, atividades, grupo	reduz o medo do desconhecido, que é o que mais faz gente evadir na primeira semana
visitas: quem pode, quando, com que aviso	evita a expectativa errada e a decepção de domingo
telefone e correspondência: o que pode, em que horário, com que limite	é a informação mais perguntada e a mais mal explicada
medicação: quem guarda, quem administra, o que ele toma e por quê	o art. 17 dá ao responsável técnico a responsabilidade pelos medicamentos em uso
o que acontece se ele quiser sair	o art. 19, IV garante a possibilidade de interromper o tratamento, ressalvadas situações de risco avaliadas e documentadas por médico
quem procurar quando estiver mal, de madrugada	a crise não escolhe horário, e a pessoa precisa de um nome, não de um plantão genérico
o que é registrado sobre ele e quem lê	ficha acessível ao residente e ao responsável (art. 7º, §2º), sigilo profissional (art. 19, V)

Explique com as palavras da casa, não com as do manual. "Aqui a gente janta às seis e meia; depois tem grupo até as oito; a visita é domingo das duas às quatro, e sua mãe precisa avisar até sexta" funciona. "Conforme nosso regimento interno, o horário de visitas é aos domingos, mediante agendamento prévio" não.

Cinco movimentos de escuta qualificada

Escuta qualificada não é uma técnica exotérica: é um conjunto de decisões sobre o que fazer com o silêncio, com a pergunta e com a resposta.

1. Pergunta aberta para abrir. "Como você chegou aqui hoje?" abre mais do que "você veio por vontade própria?". A pessoa conta a história do transporte, da briga, do ultimato da mãe — e você descobre o que a trouxe de verdade.

2. Silêncio para aprofundar. Depois de uma resposta curta, espere três segundos. A maioria de nós preenche o vazio com uma pergunta nova, e assim perde o que estava por vir. Quem espera ouve coisas que não estavam no roteiro.

3. Devolução para confirmar. "Então você está dormindo mal desde que perdeu o emprego, e a cocaína entrou mais ou menos nessa época. É isso?" Devolver não é interpretar. É mostrar o que você entendeu e deixar a pessoa corrigir — o que ela faz, quase sempre.

4. Concretude para sair do genérico. "Bastante" não é informação. "Quantas noites por semana?", "quantas vezes no último mês?", "quanto tempo durou a última vez que você ficou sem?" transformam queixa em dado utilizável.

5. Não julgamento para manter a porta aberta. "Por que você não parou?" fecha a conversa. "O que aconteceu na última vez que você tentou parar?" abre. A diferença não é de delicadeza: é de utilidade. A segunda pergunta produz informação sobre tentativas, gatilhos e recursos; a primeira produz defesa.

O que não perguntar na primeira hora

Existe uma pressa comum em clínica: extrair o inventário completo na chegada, para "já ter o quadro". O resultado costuma ser um questionário respondido com mentira, omissão ou vergonha — e uma pessoa que aprendeu que ali se pergunta tudo antes de se oferecer qualquer coisa.

Pergunta a evitar na chegada	Por quê	O que perguntar no lugar
"Quanto você usa por dia?"	quantidade exata na porta gera resposta defensiva e não muda a conduta da primeira semana	"como tem sido a semana? teve dia mais difícil?"
"Você quer parar?"	exige uma decisão que ele pode não ter tomado, e transforma a resposta em bilhete de entrada	"o que você espera que mude daqui para frente?"
"Já foi abusado na infância?"	tema de vínculo, não de recepção; perguntado cedo, vira violência institucional	deixar para a avaliação biopsicossocial, quando houver confiança
"Quanto você deve?"	dívida é fonte de vergonha e de risco; entra depois, com finalidade definida	"tem alguma coisa te preocupando além daqui?"
"Você acredita em Deus?"	pertence ao projeto, não ao credenciamento	perguntar depois, e só se a resposta orientar o cuidado

A regra é simples: **na primeira hora, pergunte o que muda a conduta das próximas 24 horas.** O resto tem tempo, e tem lugar.

Quando a pessoa não quer estar ali

Há três chegadas diferentes, e tratá-las como uma só é erro frequente.

Chegada por decisão própria. A pessoa quer algo — parar, descansar, sair de casa, cumprir uma exigência. Pergunte o que ela quer. É o material mais valioso do acolhimento.

Chegada por pressão da família. "Vim porque minha mãe pagou." Não discuta a legitimidade do desejo dela nem finja que ele não existe. Nomeie: "você veio porque sua mãe quis, e ela quer que você fique. Eu não vou fingir que isso é a mesma coisa que você querer. Nas próximas 48 horas você não precisa decidir nada além de comer, dormir e conversar comigo." Isso é honesto e é o único começo possível.

Chegada por determinação judicial. Existe documento, existe prazo, existe outra instituição envolvida. A pessoa precisa saber exatamente o que a decisão diz, quem pode alterá-la e o que a equipe pode e não pode fazer. O art. 19, II, exige orientação e concordância por escrito mesmo nesse caso — e o art. 21, IV, exige critério para o desligamento por mandado judicial. Quem confunde "está aqui por ordem judicial" com "não tem direito a nada" cria o conflito que vai explodir na terceira semana.

Quando a família quer "deixar e buscar"

A família costuma chegar com uma frase pronta: "faça ele ficar o tempo que precisar". Por trás dela há medo, culpa, exaustão e, muitas vezes, anos de convivência com o uso. A recepção da família não é uma conversa de convencimento — é uma conversa de enquadre.

Quatro coisas precisam ser ditas, com clareza e sem frieza:

1. **O projeto é dele.** A família participa, informa, ajuda a construir metas — não define o plano no lugar dele.
2. **O que a instituição faz e o que não faz.** Não prometemos que ele vai parar de usar. Prometemos avaliação, plano, acompanhamento e registro.
3. **Comunicação combinada.** Quem liga para quem, em que dia, com que frequência. Sem isso, o telefone da recepção vira o principal instrumento terapêutico da casa, e ele não é.
4. **Cuidado com quem cuida.** O familiar também é sujeito de atenção: sobrecarga, adoecimento, violência doméstica, ideação suicida. Perguntar como ele está não é cortesia, é avaliação.

Sobre codependência, o essencial em uma frase: o que se chama de codependência descreve, na maioria dos casos, um **padrão relacional de enfrentamento** — um jeito de cuidar aprendido em contexto de medo, trauma e expectativa social, que hoje custa caro a quem cuida. Não é diagnóstico, não é defeito de caráter e não autoriza ninguém a tratar o familiar como parte do problema. O trabalho com a família aparece em detalhe em M5-U4.

Risco que não pode esperar

O acolhimento não é avaliação completa, mas há quatro perguntas que precisam ser feitas nas primeiras horas, com qualquer pessoa, sem exceção:

- nas últimas duas semanas, você pensou em se matar?
- já tentou alguma vez? quando foi a última?
- você tem alguma dor ou doença sem tratamento agora?
- você bebe ou usa alguma substância que possa te fazer passar mal nas próximas horas?

Não são perguntas de diagnóstico — são perguntas de segurança. Resposta afirmativa não fecha a porta: aciona o fluxo da instituição (avaliação médica, contato com a rede, acompanhamento mais próximo, retirada de objetos de risco) e fica registrada. Perguntar sobre suicídio não induz suicídio; não perguntar é que deixa a equipe cega.

O que registrar

O registro do acolhimento é curto e serve a quem atende no turno seguinte. Seis campos bastam:

1. quem acompanhou a chegada e como a pessoa chegou (sozinha, família, Justiça, outro serviço);
2. o que a pessoa pediu, com as palavras dela;
3. o que foi explicado sobre rotina, visitas, telefone, medicação, saída e registro — e se ela concordou;
4. risco identificado e o que foi feito;
5. o combinado para as próximas 24 horas;
6. quem é o técnico de referência e quando será a próxima conversa.

EXEMPLO APLICADO

Sala pequena, duas cadeiras, porta entreaberta. A terapeuta se apresenta pelo nome e pelo que faz.

— Como você chegou aqui hoje?
— Minha mãe trouxe. Ela acha que eu preciso.
— E você acha?
— Eu acho que eu preciso dormir. Faz uma semana que eu não durmo direito.
— Uma semana. O que aconteceu nessa semana?
— Perdi o serviço. E aí a coisa desandou.
— "Desandou" como?
— Bebi mais. E voltei com a cocaína, que eu tinha parado em janeiro.
— Você tinha parado em janeiro. Ficou quanto tempo?
— Quatro meses. Foi a maior vez.
— Quatro meses é bastante. O que ajudou naqueles quatro meses?
— Eu estava trabalhando. E via meu filho todo fim de semana.
— Então trabalho e seu filho aparecem nos dois lados: quando você estava bem e quando piorou.

— É.
— Você falou que precisa dormir. Além de dormir, o que você quer que seja diferente quando você sair daqui?
— Queria voltar a ver ele. Mas do jeito que eu tô, a mãe dele não deixa.
— Isso é uma coisa que dá para trabalhar aqui dentro, se você quiser. Antes disso, preciso te explicar como funciona o dia aqui, e você me diz o que não ficou claro.

Observe o que aconteceu: nenhuma pergunta sobre quantidade, nenhuma exigência de compromisso, nenhuma interpretação. Em oito minutos, a terapeuta obteve a substância principal, a substância secundária, o tempo de abstinência anterior, o fator que sustentou esse período, o vínculo que importa e o objetivo que a pessoa formula com as próprias palavras. Tudo isso vira matéria-prima do diagnóstico situacional em M3.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um homem de 41 anos chega acompanhado de dois agentes, com mandado judicial de internação. Ele diz, na porta: "eu não preciso disso, eu trabalho, eu sustento minha casa". A recepção chama você.

O que você faz nos primeiros quinze minutos?

Orientação de resposta: primeiro, separar as três coisas que estão juntas — a decisão judicial (que existe e tem prazo), a revolta dele (que é legítima e previsível) e o cuidado (que é o seu trabalho). Ler com ele o que o documento diz, sem interpretar além do texto, e dizer quem pode alterá-lo. Não tentar convencê-lo de que ele precisa de tratamento: isso é discussão perdida e desnecessária. Explicar rotina, visitas, telefone, medicação e o que acontece se ele quiser sair. Perguntar sobre trabalho, casa e o que ele teme perder nesse período — porque é aí que aparece o que o projeto pode proteger. Fazer as quatro perguntas de segurança. Registrar a discordância dele por escrito, com as palavras dele: o registro honesto da recusa é parte do cuidado e protege todo mundo, inclusive você.

ERROS FREQUENTES

Fazer o inventário de uso na porta, antes de oferecer água e informação. Prometer alta para conseguir colaboração. Prometer sigilo absoluto que a equipe não vai cumprir. Confundir simpatia com acolhimento e método com frieza. Ignorar risco porque "ele está calmo e educado" — justamente quem está mais organizado na chegada pode ser quem está mais perto do limite. Deixar a família ditar o plano na primeira visita. E não registrar nada, de modo que o turno seguinte recomece do zero.

SÍNTESE

Acolher é responder a três perguntas que a pessoa não faz em voz alta: onde eu estou, o que vai acontecer comigo, quem vai me atender. A primeira hora precisa entregar informação, vínculo e registro — e não um interrogatório. Escuta qualificada se faz com pergunta aberta, silêncio, devolução, concretude e ausência de julgamento. Risco se pergunta, não se adivinha. E a família entra no acolhimento como parceira informada, não como dona do plano.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Uma colega diz: "eu não pergunto sobre suicídio na admissão porque isso planta a ideia na cabeça da pessoa". Como você responde, em duas frases?

Resposta comentada: perguntar sobre suicídio não induz suicídio — a evidência disponível não sustenta essa crença, e a prática de rastreio existe justamente porque perguntar abre espaço para a pessoa falar o que já pensava. Não perguntar deixa a equipe sem informação sobre o risco mais grave da primeira semana.

2. Reescreva a frase "aqui você vai ter que seguir as regras, senão não fica" de modo que informe sem ameaçar.

Resposta comentada: algo como "aqui tem horários e combinados, e eu vou te explicar todos hoje. Se alguma coisa não fizer sentido para você, me diz, porque a gente ajusta o que é possível ajustar". A primeira versão comunica ameaça e antecipa conflito; a segunda informa, mantém a autoridade da rotina e abre canal de conversa.

3. Rafael pergunta: "quanto tempo eu fico aqui?" Escreva a resposta que você daria, sabendo que o tempo máximo de permanência é definido pela instituição (art. 18) e que a saída depende de avaliação.

Resposta comentada: "o tempo máximo aqui é de X meses, e ninguém fica além disso sem uma decisão registrada. O tempo que você vai ficar depende do que a gente construir junto, e a primeira revisão é em 30 dias — nessa data você e eu vamos olhar o plano e decidir o que continua." A resposta informa o limite, localiza a decisão no plano e marca uma data. Não promete alta, mas também não deixa a pessoa no escuro.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Na primeira hora de acolhimento de uma pessoa que chegou pressionada pela família, a conduta mais adequada é:

a) explicar que ela só será atendida se concordar com o tratamento.
b) recolher o inventário completo de uso e o histórico familiar antes de qualquer outra informação.
c) informar rotina, visitas, telefone, medicação e condições de saída, nomear a diferença entre a

vontade dela e a da família e fazer as perguntas de segurança.
d) pedir que a família saia da instituição e retorne apenas na alta.

Gabarito: c.
O acolhimento entrega informação, vínculo e registro, e nomeia a diferença entre a chegada por pressão e a decisão da pessoa. A alternativa (a) transforma o cuidado em condição; (b) inverte a ordem e produz defesa; (d) rompe a rede justamente no momento em que ela é necessária — a família pode e deve participar, com enquadre.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

A primeira consulta tem a mesma estrutura, com outro tempo. Explique sigilo e seus limites, honorários e política de contato entre sessões; pergunte como a pessoa chegou até você e o que espera; faça as quatro perguntas de segurança; e termine com um combinado concreto para as próximas duas semanas. O que não muda é a ordem: informação primeiro, inventário depois.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 17, 18, 19 e 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — acolhimento e escuta qualificada.

MOLINA, E. et al. Co-dependency revisited: an integrative review of conceptualisations and mental health outcomes. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 2026.

03

Diagnóstico situacional e identificação de prioridades

5 HORAS · 5 UNIDADES

Transformar avaliação em leitura de situação: necessidades, potencialidades, hipóteses e critérios para decidir o que vem primeiro.

UNIDADE 3.1 · 1 H

3.1 Compreendendo o diagnóstico situacional

Apresentação

A reunião de equipe começa com a pergunta de sempre: "então, qual é o diagnóstico?". Alguém responde "dependência de cocaína e crack, com transtorno depressivo". A coordenadora anota. Depois de vinte minutos discutindo vaga, medicação e escala, ninguém sabe responder três coisas simples: por que Rafael voltou a usar exatamente na semana em que a dívida foi cobrada, por que ele dorme às cinco da manhã, e o que ele faria se a fissura chegasse numa terça-feira à noite, sem ninguém por perto.

O diagnóstico que estava na lousa era verdadeiro e insuficiente. Verdadeiro porque descreve um quadro clínico que existe. Insuficiente porque não organiza a situação: não diz o que sustenta o uso hoje, o que protege, o que está em risco imediato e o que ainda precisa ser descoberto.

Diagnóstico situacional é isso: a leitura organizada da situação de uma pessoa, feita para agir. Não substitui o diagnóstico médico, não dispensa a avaliação (que você viu no Módulo 2) e não é um rótulo mais elegante. É a passagem entre "o que eu sei sobre esta pessoa" e "o que vamos fazer primeiro" — e é justamente nessa passagem que a maior parte dos projetos se perde, porque a equipe pula da informação para a atividade sem interpretar nada.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. distinguir diagnóstico médico, hipótese profissional, avaliação e diagnóstico situacional, indicando para que serve cada um;
2. organizar as informações de um caso em dimensões, sem transformá-las em lista de problemas;
3. separar fatores individuais e ambientais sem psicologizar o social nem reduzir o clínico a contexto;
4. reconhecer rótulos que fecham o raciocínio e substituí-los por descrições verificáveis;
5. registrar dado, interpretação e hipótese de modo que a hipótese possa ser testada na próxima semana.

Desenvolvimento

Quatro coisas diferentes que costumam ser chamadas de diagnóstico

A confusão entre esses quatro registros é a origem de boa parte do improviso em clínica de reabilitação e em comunidade terapêutica. Vale fixá-los.

Registro	Pergunta que responde	Quem produz	Para que serve	O que não é
Diagnóstico médico	Que quadro clínico esta pessoa apresenta, segundo critérios classificatórios?	Profissional habilitado, no seu campo de competência	Orientar conduta clínica, medicação, prognóstico, comunicação entre profissionais	Não organiza prioridades psicossociais nem diz o que fazer na segunda-feira
Hipótese profissional	O que eu, na minha área, entendo que está acontecendo e por quê?	Cada profissional, a partir do seu núcleo	Explicar, propor intervenção, testar	Não é fato; precisa ser dita como hipótese e revisada
Avaliação	Quais informações existem, com que qualidade e com que lacunas?	Equipe, ao longo do Módulo 2	Base do raciocínio	Não é interpretação; coletar não é concluir
Diagnóstico situacional	Como esta situação se organiza hoje, o que a sustenta, o que protege e o que vem primeiro?	Equipe com a pessoa	Fundar prioridades e objetivos	Não é laudo, não é prognóstico, não é sentença

Note o que a tabela faz: ela impede que uma equipe use o CID como se fosse plano de cuidado, e impede que um terapeuta use a sua hipótese como se fosse diagnóstico médico. As duas trocas são frequentes e as duas produzem dano — a primeira porque trata todo mundo igual, a segunda porque transforma intuição em autoridade.

Uma consequência prática: o diagnóstico situacional pode ser construído por terapeuta, psicólogo, técnico de referência, educador com supervisão — desde que o documento diga quem o construiu e com que base. O que não pode é alguém, fora da sua habilitação, apresentar hipótese psicopatológica como diagnóstico fechado, ou prometer conduta medicamentosa.

O que o diagnóstico situacional precisa responder

Um bom diagnóstico situacional responde a seis perguntas. Se uma delas ficar sem resposta, o documento ainda não está pronto — e é melhor escrever "não sei" do que preencher com adjetivo.

1. **Quem é esta pessoa**, além do quadro? Nome, idade, com quem vive, o que fazia antes, o que ainda quer fazer.
2. **O que aconteceu** até aqui, em sequência, com datas aproximadas — não uma biografia, uma linha do tempo útil.
3. **O que sustenta o que está acontecendo hoje?** Fatores que mantêm o uso, o sofrimento, a ruptura familiar, o desemprego.

4. **O que protege?** Vínculos, habilidades, recursos, experiências anteriores de mudança, serviços disponíveis.
5. **O que está em risco imediato?** Risco à vida, à integridade, à moradia, à guarda, à situação legal.
6. **O que ainda não sabemos** e quem vai buscar a informação, com prazo.

A sexta pergunta é a que quase nunca aparece nos documentos reais. Ela é a mais importante para a equipe que vai continuar o caso depois de você: sem lacunas nomeadas, todo mundo acha que sabe tudo, e o plano anda sobre suposições.

Dimensões: uma grade, não uma lista de problemas

Organizar por dimensões evita dois extremos: a narrativa solta (que ninguém consegue usar) e a lista de problemas (que não explica nada). Use a grade abaixo como roteiro de leitura, não como formulário a preencher linha por linha.

Dimensão	O que observar	Exemplo no caso de Rafael
Uso de substâncias	Padrão, contexto, função aparente, tentativas, consequências	Cocaína e álcool em uso crescente; crack em episódios ligados a fissura e a companhia específica; três meses de abstinência em 2024
Saúde física e mental	Queixas, agravos sem acompanhamento, sono, dor, humor, risco	Hipertensão sem seguimento; insônia; humor deprimido há cinco meses; ideação suicida passiva no último mês
Família e relações	Quem cuida, quem se afastou, conflitos, violência, dependência mútua	Mãe cuidadora e sobrecarregada; irmã afastada; contato com o filho interrompido há sete meses
Trabalho, renda e moradia	Ocupação, renda, dívidas, estabilidade habitacional	Biscates; dívida de R$ 4.200 com agiota, com pressão recente; mora com a mãe
Situação legal e documental	Processos, medidas, documentos, restrições	Sem processo em curso; documentação em ordem
Rede e território	Serviços, distâncias, transporte, vínculos comunitários	UBS a 10 minutos; CAPS AD a 40; grupo de mútua ajuda na igreja; sem vínculo atual com serviço
Subjetividade e projeto de vida	O que a pessoa valoriza, teme, deseja; sentido atribuído ao uso	Quer parar com cocaína e crack; quer voltar a trabalhar e ver o filho; recusa nova internação

O valor da grade é a comparação: quando você lê a coluna de Rafael, vê que o risco clínico (ideação suicida, hipertensão) e o risco social (dívida com agiota) estão na mesma pessoa e interagem. Um plano que trate apenas a dimensão do uso vai falhar, porque as outras duas empurram o uso de volta.

Individual e ambiental: nem psicologizar o social, nem socializar o clínico

Duas distorções simétricas aparecem em prontuários.

A primeira **psicologiza o social**: "Rafael usa porque tem baixa tolerância à frustração". Pode haver algo disso, mas a frase apaga uma dívida com agiota, um desemprego intermitente e um território onde a cocaína circula a cem metros de casa. Nenhuma dessas coisas se resolve com tolerância à frustração.

A segunda **socializa o clínico**: "Rafael usa porque está desempregado e endividado". A frase apaga humor deprimido, insônia e uma tentativa de suicídio há seis anos. Se o sofrimento psíquico não for tratado, a vaga de emprego não sustenta a mudança.

O critério prático para não errar: para cada fator que você listar, pergunte **quem pode mudá-lo e em quanto tempo**. Fatores ambientais mudam por articulação de rede, política, negociação, prazo maior. Fatores clínicos mudam por tratamento, prazo próprio. Fatores individuais de habilidade mudam por prática, prazo ainda outro. Se a sua lista de fatores não indica quem mexe em quê, ela não é diagnóstico — é desabafo bem escrito.

Rótulo: por que fecha o raciocínio

"Manipulador". "Resistente ao tratamento". "Em negação". "Família disfuncional". "Codependente". "Paciente difícil". São palavras que economizam tempo e cobram caro depois.

Um rótulo tem três efeitos previsíveis. Primeiro, ele **para a investigação**: se a pessoa é manipuladora, não é preciso entender por que ela mentiu naquele dia específico. Segundo, ele **prescreve conduta sem discussão**: com quem é "resistente", não se negocia — se impõe; e a imposição, em dependência química, costuma produz o afastamento que depois será chamado de falta de adesão. Terceiro, ele **contamina a equipe**: o rótulo circula de plantão em plantão e chega ao próximo serviço antes da pessoa.

Há um teste simples e impiedoso: **o rótulo pode ser refutado?** Se nenhum dado é capaz de provar que a afirmação está errada, ela não descreve nada. "Rafael é manipulador" não pode ser refutado — qualquer gesto dele confirma. "Rafael pediu dinheiro emprestado a dois colegas na mesma semana, sem contar à equipe" pode ser refutado: basta verificar.

Substitua por descrição verificável, com data e fonte:

Rótulo	Descrição que permite agir
"Manipulador"	"Relata versões diferentes sobre a última semana a dois profissionais (12/03). Não foi confrontado ainda."
"Resistente"	"Recusou avaliação psiquiátrica duas vezes (05/03 e 12/03); aceitou conversar sobre o tema com o terapeuta de referência."
"Em negação"	"Diz que o álcool 'é só à noite, para dormir' e não o considera problema; reconhece prejuízo do crack."

Rótulo	Descrição que permite agir
"Família disfuncional"	"Mãe cuidadora com sobrecarga; irmã sem contato há oito meses após episódio de furto em casa."
"Codependente"	"Mãe assume dívidas do filho sem combinado prévio, com queixa de exaustão e dificuldade de recusar pedidos."

O último exemplo merece atenção porque é o público deste curso: em atendimento de codependência familiar, o rótulo "codependente" costuma chegar antes da pessoa. Ele descreve um padrão relacional que pode ser útil como hipótese, mas quando vira identidade ("ela é codependente") produz o mesmo efeito que "manipulador": a pessoa deixa de ser alguém com história e passa a ser um defeito de caráter. Descreva o padrão — o que ela faz, em que situação, com que custo — e a conversa continua possível.

Dado, interpretação e hipótese: a regra dos três registros

Toda frase de um diagnóstico situacional pertence a um destes três registros, e o documento deve deixar claro qual é qual.

Dado é o que foi dito, observado ou medido, com fonte e data: "Rafael relata insônia há cinco meses (12/03)". "Compareceu a três dos quatro contatos agendados". "PA 150/95 na admissão".

Interpretação é o sentido que você atribui ao dado, no seu campo: "o quadro sugere humor deprimido com componente ansioso noturno".

Hipótese é uma interpretação formulada de modo que possa ser testada: "hipótese: a fissura de crack ocorre à noite, associada à insônia e ao contato com um amigo específico; verificar em 15 dias, com registro dos horários e do contexto dos episódios".

A diferença entre interpretação e hipótese é operacional, não filosófica: a hipótese diz **como será verificada e quando**. Sem isso, você tem opinião com sotaque técnico — e opinião, em reunião de equipe, costuma virar destino da pessoa.

Há um ganho secundário importante: quando a equipe escreve hipóteses testáveis, a reavaliação deixa de ser uma discussão sobre quem estava certo. Passa a ser comparação entre o previsto e o observado — que é o que o Módulo 7 vai pedir.

O diagnóstico situacional não é prognóstico

Existe uma tentação silenciosa de usar o diagnóstico situacional para prever: "com esse histórico, ele vai recair". Isso não é leitura de situação, é sentença — e sentença, em serviço de saúde, tem efeito prático: encurta a aposta na pessoa, reduz o investimento da equipe, e às vezes fecha portas (vaga negada, alta precipitada, exigência de abstinência como pré-requisito para tudo).

O que o diagnóstico situacional faz é descrever **condições atuais e modificáveis**. "Três meses de abstinência em 2024, saindo antes do prazo" é um dado sobre condições, não sobre destino: diz que

ele consegue sustentar períodos sem uso e que o ambiente institucional anterior não segurou a mudança. Isso orienta decisão — por exemplo, reforçar o plano para o período crítico de saída, em vez de concluir que "ele não quer".

O que muda em comunidade terapêutica e clínica de reabilitação

Em instituição, o diagnóstico situacional corre dois riscos específicos.

O primeiro é **confundir adaptação à casa com melhora clínica**. Quem está há três semanas cumprindo rotina, sem acesso a substância, tende a apresentar comportamento tranquilo. Isso é informação sobre o ambiente, não sobre a capacidade da pessoa de sustentar mudança na rua. Um diagnóstico situacional honesto registra: "sem episódios de uso no período institucional; o padrão de uso anterior ocorria em contexto de rua e de companhia específica — não é possível estimar, com os dados atuais, o que ocorrerá na saída".

O segundo é **usar a ficha institucional como se fosse diagnóstico situacional**. A RDC 29/2011 exige avaliação prévia à admissão, ficha individual e critérios de saída; é obrigação sanitária e precisa existir. Mas a ficha registra o que a norma pede, não o que a equipe entendeu. O PTS organiza essas exigências em raciocínio clínico — e isso é interpretação de método, não texto legal.

Há ainda uma armadilha de poder: em instituição, a equipe observa a pessoa 24 horas por dia, e essa observação é valiosa. Ela se torna perigosa quando substitui a escuta: "ele está bem, está obedecendo". Obediência é um dado sobre relação com a norma, não sobre sofrimento, desejo ou risco.

O que muda no consultório

Sem equipe, você tem menos fontes e mais tempo com a pessoa. O diagnóstico situacional fica mais narrativo e mais dependente de relato — e isso precisa estar escrito. Duas providências bastam para manter o rigor: marcar no documento o que é relato e o que é observação direta; e nomear as lacunas com a providência prevista ("solicitar relatório ao CAPS AD, com autorização, até 30/03").

Em consultório, também é mais fácil cair na armadilha oposta à da instituição: superinterpretar. Com uma hora de escuta e nenhum dado externo, é tentador transformar a narrativa em estrutura psíquica. A pergunta que protege é a mesma: **como eu verificaria isso?**

EXEMPLO APLICADO

Rafael Moreira, 34 anos, chega ao serviço ambulatorial encaminhado pela UBS, depois de uma cobrança da dívida. A equipe tem a avaliação do Módulo 2 e escreve o primeiro diagnóstico situacional em oito linhas — cada uma com registro identificado.

> **Situação.** Homem de 34 anos, mora com a mãe, trabalha em biscates, sem vínculo com serviço de saúde há dois anos (dado: prontuário UBS, 10/03).
> **Uso.** Cocaína e crack em padrão crescente nos últimos oito meses; crack em episódios associados a fissura intensa e a um grupo específico de conhecidos; álcool quase diário à noite;

uso de "remédio para dormir" emprestado da mãe (relato do usuário e da mãe, 12/03).
Saúde. Hipertensão sem acompanhamento; insônia; humor deprimido há cinco meses, com anedonia e desesperança; ideação suicida passiva no último mês, sem plano e sem intenção declarada; tentativa de suicídio há seis anos (relato do usuário, 12/03).
Risco imediato. Ideação suicida passiva recente, sem avaliação de risco estruturada até o momento (lacuna); dívida de R$ 4.200 com agiota, com pressão recente (relato do usuário e da mãe, 12/03).
Família. Mãe é cuidadora principal, com sobrecarga e cobranças frequentes; relação ambivalente; irmã sem contato há oito meses; filho de 6 anos, sem contato há sete meses, por condição imposta pela ex-companheira (relato do usuário e da mãe, 12/03).
Potencialidades. Reconhecido como bom profissional; desejo explícito de voltar a trabalhar e retomar contato com o filho; três meses de abstinência em 2024; conhece a rede do território; aceita acompanhamento ambulatorial e recusa nova internação (relato do usuário, 12/03).
Hipótese de trabalho. O uso de crack parece ocorrer em contexto de fissura noturna, insônia e contato com um grupo específico; a dívida funciona como estressor com efeito clínico (piora do humor e do sono nas semanas de cobrança). Verificar em 15 dias com registro de horário, companhia e estado emocional nos episódios (hipótese da equipe, a testar).
Lacunas. Avaliação de risco suicida estruturada (responsável: profissional de referência, até 15/03); avaliação psiquiátrica (até 21/03); exames clínicos e aferição de PA (UBS, até 21/03); detalhamento da dívida e das consequências jurídicas possíveis (assistente social, até 30/03).

Repare no que o texto faz e no que evita. Ele não diz "paciente manipulador" nem "quadro grave com prognóstico reservado". Ele diz o que sabe, de onde sabe, o que supõe e como vai testar. E deixa a equipe seguinte com uma lista de tarefas, não com uma impressão.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Três frases chegaram para você, cada uma de um serviço diferente. Classifique cada uma e reescreva o que for necessário.

A. "Paciente com transtorno por uso de múltiplas substâncias, episódio depressivo moderado, em tratamento irregular."
B. "Paciente não adere porque a família é desestruturada e ele não tem maturidade."
C. "Ele some nas quintas-feiras; nas quintas recebe o pagamento do biscate e passa no bar com dois conhecidos. Não sabemos ainda se é sempre o mesmo grupo."

Resolução comentada. A é diagnóstico médico e está correto no seu campo — não precisa ser reescrita, precisa ser completada: sozinha, não diz o que sustenta o uso hoje nem o que vem primeiro. B é rótulo duplo ("família desestruturada", "sem maturidade"), não refutável e sem utilidade operacional: reescreva como observação datada ("faltou a três dos cinco atendimentos; nas três faltas, avisou depois") e como pergunta ("o que acontece nas quintas?"). C é a melhor das três: é

dado com padrão identificado, hipótese em aberto e lacuna nomeada — exatamente o que o diagnóstico situacional precisa produzir para virar plano.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Copiar o laudo médico como diagnóstico situacional	A equipe passa a discutir conduta clínica e não organiza a vida cotidiana	Manter o laudo como anexo e escrever as seis perguntas em uma página
Transformar a grade de dimensões em formulário	Documento completo e inútil, com campos preenchidos "porque existem"	Preencher só o que muda a decisão; campo sem consequência sai
Rótulo no lugar de descrição	Investigação para, conduta se impõe, rótulo circula entre serviços	Teste da refutabilidade; reescrever com fonte, data e comportamento observável
Hipótese sem forma de verificação	Reavaliação vira disputa sobre quem estava certo	Toda hipótese com "verificar como" e "verificar até quando"
Diagnóstico situacional usado como prognóstico	Portas se fecham antes de a pessoa tentar	Descrever condições atuais e modificáveis, não destino
Confundir adaptação institucional com melhora	Alta precipitada ou exigência excessiva na saída	Registrar que o ambiente institucional não informa o comportamento na rua
Nenhuma lacuna registrada	Equipe seguinte supõe o que não sabe	Lista de lacunas com responsável e prazo

SÍNTESE

Diagnóstico situacional é a leitura organizada da situação de uma pessoa, feita para agir: responde quem é, o que aconteceu, o que sustenta, o que protege, o que está em risco imediato e o que ainda não se sabe. Não é laudo, não é prognóstico, não é lista de problemas. Organiza-se por dimensões, separa o individual do ambiental, substitui rótulos por descrições verificáveis e escreve hipóteses com forma e prazo de verificação. Em instituição, cuidado com confundir adaptação à rotina com melhora; no consultório, cuidado com interpretar sem dado externo. O documento termina sempre com lacunas nomeadas — porque é delas que a próxima etapa vai partir.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escreva a diferença, em duas frases, entre "hipótese" e "opinião" no contexto do diagnóstico situacional, e dê um exemplo de cada sobre o caso de Rafael.
Resposta comentada: hipótese é uma interpretação formulada de modo a poder ser verificada, com indicação de como e até quando; opinião é uma interpretação sem condição de verificação. Hipótese: "a fissura ocorre à noite, associada à insônia e ao contato com um conhecido específico; verificar em 15 dias com registro de horário e companhia". Opinião: "ele não quer mudar de verdade". A segunda frase não diz que dado a refutaria — qualquer recaída a confirmaria e qualquer esforço seria lido como exceção.

2. Uma educadora escreve no registro: "Rafael está manipulando a equipe, pediu dinheiro a dois colegas". Reescreva em dois registros — dado e hipótese — sem perder a informação.
Resposta comentada: dado: "Rafael pediu dinheiro emprestado a dois colegas na mesma semana (relato dos colegas, 12/03 e 14/03); não mencionou os pedidos à equipe". hipótese: "pode estar usando os pedidos para lidar com pressão da dívida sem expor a situação à equipe; verificar se os pedidos coincidem com datas de cobrança". A reescrita mantém a observação, retira a atribuição de intenção e cria uma pergunta que a equipe pode responder — e que, respondida, muda a conduta.

3. Você recebe um caso em que a única informação disponível é o relato da pessoa em uma entrevista de 50 minutos. Escreva as três lacunas que você registraria antes de qualquer prioridade, e por que essas e não outras.
Resposta comentada: (i) risco à vida — se há ideação, plano, meio, tentativa prévia, e se há alguém que possa ser acionado hoje; (ii) confirmação de dados clínicos — uso, medicações, agravos sem acompanhamento, porque relato isolado é a única fonte e o plano não pode depender de suposição; (iii) existência e disponibilidade de rede — quem pode ser acionado em crise, com contato verificado. As três são escolhidas porque são as que, se erradas, produzem dano imediato; as demais lacunas podem esperar a próxima semana.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma equipe de comunidade terapêutica registra, na síntese do caso: "usuário manipulador, família desestruturada, sem maturidade para o tratamento; prognóstico reservado". A conduta mais coerente com o método do diagnóstico situacional é:

a) manter o registro, porque ele resume a impressão consolidada da equipe ao longo de três semanas de observação.
b) substituir o registro por uma descrição datada de comportamentos observados, com hipóteses verificáveis e lacunas nomeadas, retirando o prognóstico.
c) manter os rótulos e acrescentar, ao lado de cada um, o nome do profissional que os formulou, para dar rastreabilidade.
d) substituir o registro pelo laudo médico, que é mais objetivo e não depende de julgamento da equipe.

Gabarito: b.
Rótulos não refutáveis param a investigação, prescrevem conduta e circulam entre serviços; prognóstico, no documento, fecha portas antes de a pessoa tentar. A (a) confunde tempo de observação com validade: três semanas de convivência não tornam uma atribuição de caráter um dado. A © melhora a rastreabilidade de um erro: nomear quem rotulou não transforma rótulo em descrição. A (d) troca um problema por outro: o laudo é necessário e não organiza prioridades psicossociais — o diagnóstico situacional não o substitui nem é substituído por ele.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o diagnóstico situacional cabe em uma página e precisa caber, senão você não o relê. Faça três coisas sempre: escreva as seis perguntas como títulos e responda em uma ou duas frases cada; marque com colchetes o que é relato e com asterisco o que você observou diretamente; e termine com três lacunas, cada uma com a providência e a data. Se você atende familiares, o mesmo exercício vale para o familiar que chega exausto: quem é essa pessoa além do papel de cuidadora, o que sustenta a exaustão hoje, o que ela ainda quer da própria vida, o que está em risco imediato. Sem esse parágrafo, o plano para o familiar vira uma lista de orientações para cuidar melhor de outra pessoa.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 8º, 16, 19 e 21.
BRASIL. **Lei nº 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.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — clínica ampliada e projeto terapêutico singular.
CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.
BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

UNIDADE 3.2 · 1 H

3.2 Identificação das necessidades

Apresentação

Na segunda reunião sobre o caso de Rafael, a equipe escreveu treze necessidades na lousa. Na terceira, ninguém conseguia dizer qual delas era a mais importante, e o plano saiu com nove frentes de trabalho para uma equipe de dois técnicos e meio. Três semanas depois, quatro frentes tinham sido abandonadas sem registro, e a única que seguia era a que a equipe sabia executar — não a mais urgente.

O problema não estava na lista. Estava no fato de que ninguém tinha distinguido, dentro dela, coisas de naturezas diferentes: o que a pessoa pede, o que ela precisa sem saber, o que a lei garante, o que a instituição exige para si mesma, e o que a equipe gostaria que fosse diferente. Sem essa distinção, "necessidade" vira palavra elástica — e uma lista elástica nunca cabe no tempo que existe.

Esta unidade ensina a levantar necessidades com método, a nomear a origem de cada uma e a separar necessidade de solução. É o passo que antecede a priorização, e é o que impede o PTS de virar uma carta de intenções.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. distinguir necessidade, desejo, demanda e direito, com exemplos de cada;
2. levantar necessidades nas dimensões previstas no PTS — imediatas, de acompanhamento, de saúde, emocionais, familiares, sociais e ocupacionais, de autonomia;
3. identificar a origem de cada necessidade registrada e o que isso muda na conduta;
4. reconhecer necessidades de quem cuida, sem transformar o cuidador em paciente nem em instrumento;
5. registrar necessidades de modo que elas possam ser priorizadas na etapa seguinte.

Desenvolvimento

Necessidade, desejo, demanda e direito

Quatro palavras que a equipe usa como sinônimos e que produzem decisões diferentes.

Necessidade é o que falta para a pessoa viver, se manter seguro ou sustentar mudança, segundo critério técnico e segundo a própria pessoa. Pode ser reconhecida ou não por ela.

Desejo é o que a pessoa quer. Não precisa de justificativa técnica para existir, e raramente é irrelevante: o desejo é o que dá energia ao projeto. Rafael quer voltar a ver o filho e voltar a trabalhar. Nenhuma dessas coisas é uma "necessidade clínica" no sentido estrito, e sem elas o plano não anda.

Demanda é o pedido dirigido a alguém. "Quero internar meu filho" é demanda da mãe. "Preciso de um atestado para o trabalho" é demanda do usuário. A demanda é o que chega; a necessidade é o que você encontra depois de escutar — e as duas frequentemente não coincidem.

Direito é o que está garantido por lei ou norma, independentemente de avaliação de mérito: atendimento, informação, consentimento, sigilo, documento, critérios claros de saída. Direito não se prioriza; se cumpre. Confundir direito com prioridade terapêutica é o que produz serviços que "negociam" informação com o usuário como se fosse moeda.

Um exercício que a equipe pode fazer em cinco minutos, com qualquer caso: pegue as necessidades listadas e pergunte, uma por uma, "isto é necessidade, desejo, demanda ou direito?". A classificação muda a conduta. Direito se cumpre hoje. Desejo entra na negociação. Demanda pede tradução. Necessidade pede priorização.

As sete dimensões de necessidade

O modelo do curso organiza as necessidades em sete grupos. Não é uma lista de verificação a preencher integralmente: é um roteiro para não esquecer dimensões que a rotina institucional tende a apagar.

Dimensão	Pergunta de levantamento	Exemplo (Rafael)
Imediatas	O que precisa ser resolvido nas próximas 24 a 72 horas?	Avaliação de risco suicida; onde dormir esta noite; o que fazer se a cobrança chegar
De acompanhamento	Quem vai acompanhar, com que frequência, e a pessoa concorda?	Vínculo com UBS e CAPS AD; retorno em 7 dias; referência nomeada
De saúde	O que está sem tratamento, sem exame, sem controle?	Hipertensão sem seguimento; insônia; avaliação psiquiátrica pendente; saúde bucal
Emocionais	O que a pessoa sente e não consegue nomear ou sustentar?	Humor deprimido, desesperança, vergonha em relação ao filho, medo da dívida
Familiares	Quem cuida, quem se afastou, o que precisa ser conversado e com quem?	Sobrecarga da mãe; ruptura com a irmã; mediação com a ex-companheira
Sociais e ocupacionais	Renda, trabalho, estudo, moradia, documentação, transporte, território	Biscates; dívida; qualificação profissional; distância até o CAPS AD
De autonomia	O que a pessoa precisa saber ou poder decidir para conduzir a própria vida?	Entender o que é fissura; saber a quem ligar; participar das decisões sobre o próprio plano

Repare que a dimensão "de autonomia" é a que quase nunca aparece nas listas reais — e é a que mais protege contra o PTS que faz da pessoa objeto. Autonomia, aqui, não é discurso: é informação compreensível, contato acessível, e participação real nas decisões, inclusive na decisão sobre o objetivo terapêutico.

A origem da necessidade importa

Cada necessidade registrada tem uma origem, e a origem determina o que fazer com ela. Registre sempre de onde veio.

Origem	Como aparece	O que muda
Sentida pela pessoa	"Não consigo dormir", "quero ver meu filho"	Alta chance de engajamento; costuma ser o motor do plano
Observada pela equipe	Perda de peso, lesão, discurso desorganizado, faltas repetidas	Precisa ser dita à pessoa em linguagem clara; sem isso, vira imposição
Demandada pela família	"Internem ele", "ele precisa de igreja"	Precisa de tradução: qual é a preocupação real por trás do pedido?
Normativa (lei, norma sanitária, protocolo)	Ficha individual, avaliação prévia, critérios de saída, notificação	Cumpre-se; não se negocia como se fosse prioridade clínica
Institucional	Regras da casa, escala, exigência de abstinência para permanência	Precisa ser explicitada como regra, não apresentada como necessidade da pessoa
Da própria equipe	"Seria bom que ele fizesse terapia ocupacional"	Legítima, mas exige justificativa e concordância; senão é preferência do profissional

A linha mais delicada é a última. Necessidades da equipe existem e são reais: sem elas, o profissional adoece. O problema é quando a preferência do profissional entra no documento como se fosse necessidade do usuário. Um critério simples: se você não consegue dizer **a que sofrimento ou risco concreto** aquela necessidade responde, ela é da equipe — e o lugar dela é a discussão de equipe, não o PTS da pessoa.

Necessidade não é solução

A frase mais comum em prontuário é "necessita de internação", "necessita de acompanhamento psicológico", "necessita de vaga em comunidade terapêutica". Nenhuma dessas frases é uma necessidade: são soluções propostas antes de o problema ser formulado. E solução proposta cedo demais fecha o raciocínio, porque a equipe passa a defender o recurso em vez de entender a situação.

Traduza sempre em duas etapas. Primeiro a necessidade, em termos de risco ou sofrimento: "risco de autoagressão sem avaliação há 30 dias"; "insônia crônica que ele associa ao uso noturno de álcool";

"isolamento social com perda de contato com o filho". Depois as alternativas de resposta, e só então o recurso: "avaliação de risco por profissional de referência, hoje"; "revisão do padrão de sono, com avaliação clínica"; "mediação de contato com a ex-companheira, com apoio da mãe".

Isso tem uma consequência prática importante em instituição: quando a necessidade está bem formulada, às vezes o recurso que a equipe tinha em mente deixa de ser o único possível. "Necessita de internação" pode virar "necessita de proteção contra a violência associada à dívida", e essa necessidade admite outras respostas — inclusive mais eficazes.

Como levantar necessidades sem induzir

O levantamento tem quatro fontes, e cada uma tem um vício próprio.

Entrevista com a pessoa. É a fonte principal e a mais distorcida por duas forças: a desejabilidade social (dizer o que o profissional quer ouvir) e o medo de consequência (perder a vaga, perder a guarda, ser internado). Perguntas abertas e específicas funcionam melhor que escalas de sofrimento: "como foi a última semana, dia por dia?" rende mais que "como está sua ansiedade de 0 a 10?".

Observação em rotina. Em comunidade terapêutica, a equipe de convivência vê coisas que a entrevista não vê: quem come, quem se isola, quem chora à noite, quem lidera, quem é alvo de chacota. Essa informação é clínica e precisa entrar no documento com a fonte identificada. O risco é o oposto: transformar observação de comportamento em conclusão sobre caráter.

Fontes externas. Prontuário, relatórios de serviços anteriores, contato com a família (com consentimento), documentos. Servem para datar e comparar, não para confirmar a impressão que a equipe já tem — cuidado com o viés de confirmação: quando se procura no prontuário a prova de que a pessoa é "difícil", ela aparece.

A própria pessoa em outro registro. Muitas necessidades aparecem quando a conversa não é sobre uso: na oficina, no grupo, na fila do remédio, na conversa sobre o filho. Vale registrar essas falas — com data — porque são elas que costumam indicar o que a pessoa aceitaria fazer.

Um cuidado metodológico vale para todas as fontes: **registre o que não foi perguntado**. Se você não perguntou sobre violência doméstica, sobre dívidas, sobre sono, sobre ideação suicida, escreva que não perguntou. Isso evita que a ausência de dado seja lida como ausência de problema.

Necessidades de quem cuida

Em clínica de reabilitação e em atendimento de codependência familiar, quem cuida costuma ser a pessoa que mais aparece — e a que menos é escutada. Dona Sônia tem sobrecarga, insônia, dívidas assumidas, medo, culpa e uma vida que encolheu. Se o PTS de Rafael ignorar isso, dois efeitos são previsíveis: a mãe adoece, e o plano perde o principal apoio prático.

Três regras para lidar com isso sem distorcer o projeto:

Primeira: o cuidador tem necessidades próprias, e elas entram no documento. Não como "cuidador sobrecarregado" (rótulo), mas como necessidades descritas: "necessita de informação sobre o que é

fissura e o que fazer à noite"; "necessita de apoio para não assumir novas dívidas"; "necessita de espaço de escuta para si".

Segunda: o cuidador não é instrumento do plano. Ele pode participar de ações delimitadas e acordadas — uma ligação, um acompanhamento, uma mediação —, mas não pode ser o executor do tratamento. Quando a equipe desenha um plano que só funciona se a mãe vigiar o filho 24 horas, o plano está errado, e a mãe vai pagar por ele.

Terceira: quando o familiar é o sujeito do cuidado, o PTS é dele. Este curso atende terapeutas que trabalham com codependência familiar; nesses casos, o "paciente identificado" pode ser a esposa, a mãe, o companheiro — alguém que chegou exausto, com sintomas próprios, e que muitas vezes é tratado pela equipe apenas como fonte de informação sobre outra pessoa. Se o cuidado é dirigido a ele, o diagnóstico situacional é sobre ele: sua história, suas necessidades, seus riscos, seu projeto. A relação com o familiar que usa entra como dimensão da situação, não como assunto único.

O que registrar

Uma tabela de necessidades utilizável tem cinco colunas e não passa de uma página. Mais que isso, ninguém lê.

Necessidade (risco ou sofrimento)	Dimensão	Origem	Evidência (fonte e data)	Já tem resposta?

Três critérios de qualidade para cada linha:

1. **É formulada como risco ou sofrimento, não como serviço.** "Risco de autoagressão sem avaliação" e não "necessita CAPS".
2. **Tem evidência com fonte e data.** Sem isso, não entra — ou entra marcada como impressão da equipe.
3. **É compreensível para a pessoa.** Se você não consegue dizer a necessidade em uma frase que ela entenderia e reconheceria, provavelmente é jargão institucional.

E um critério de quantidade, que será retomado na próxima unidade: se a lista passa de dez itens, ela não é um diagnóstico situacional — é um inventário. Necessidades em excesso são sintoma de que ninguém interpretou nada ainda.

> **EXEMPLO APLICADO**
>
> A equipe de Rafael levanta necessidades em duas rodadas. Na primeira, treze itens. Na segunda, oito — e cada um com origem e evidência.

Necessidade	Dimensão	Origem	Evidência	Já tem resposta?
Risco de autoagressão sem avaliação estruturada	Imediata / saúde	Observada pela equipe	Ideação passiva relatada em 12/03; última avaliação há 2 anos	Não
Risco de violência associado à dívida com agiota	Imediata / social	Sentida e observada	Relato de Rafael e da mãe em 12/03; cobrança recente	Parcial (conversa com assistente social agendada)
Uso de cocaína e crack em padrão crescente, com fissura noturna	Saúde	Sentida	Relato em 12/03; relato da mãe	Não
Insônia crônica com uso de medicação emprestada	Saúde	Sentida	Relato em 12/03	Não
Hipertensão sem acompanhamento	Saúde	Observada	Aferição 150/95 na admissão	Não
Contato interrompido com o filho há 7 meses	Familiar	Sentida	Relato em 12/03; condição imposta pela ex-companheira	Não
Sobrecarga da mãe, com dívidas assumidas e insônia	Familiar	Demandada pela família	Relato de Dona Sônia em 12/03	Não
Desconhecimento sobre o que é fissura e o que fazer à noite	Autonomia	Observada	Pergunta espontânea de Rafael em 12/03	Não

O que saiu da lista e por quê: "necessita de internação" (solução, não necessidade; e ele recusa); "necessita de terapia ocupacional" (preferência da equipe, sem sofrimento ou risco nomeado); "necessita de igreja" (demanda da família, traduzida em "necessita de vínculo comunitário e pertencimento", que ficou registrada como possibilidade, não como prescrição); "necessita de acompanhamento psicológico" (solução — a necessidade é "sofrimento psíquico sem tratamento há cinco meses"). Três itens que pareciam distintos foram fundidos: "dívida", "medo de cobrança" e "risco de violência" são a mesma necessidade vista por três ângulos.

Repare no efeito: a lista caiu de treze para oito, e ficou mais difícil de ignorar. Nenhuma linha pode ser executada "porque é bom"; cada uma responde a um risco ou a um sofrimento nomeado, com data.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Chega ao serviço uma demanda escrita pela irmã de um usuário: "Ele precisa ser internado imediatamente, está destruindo a família, não aceita ajuda. A família exige providências."

Tarefa. Separe o que é demanda, o que é necessidade provável, o que é direito e o que é necessidade da família. Escreva as três perguntas que você faria antes de qualquer encaminhamento.

Resolução comentada. Demanda: internação imediata e "providências". Necessidades prováveis, a verificar: risco à vida (não informado), uso em padrão que a família não consegue manejar, ruptura familiar, eventual sobrecarga e adoecimento de quem cuida. Direito: avaliação, informação clara sobre critérios e alternativas, sigilo sobre o usuário, e — se houver risco — proteção. Necessidade da família: ser ouvida, entender o que está acontecendo, ter um plano para as noites, parar de ser a única responsável. Perguntas antes de encaminhar: "o que aconteceu nas últimas 72 horas que fez a senhora procurar ajuda agora?"; "quem está em risco hoje, e como a senhora sabe?"; "o que já foi tentado, e o que aconteceu?". Nenhuma delas contesta a urgência da irmã — todas buscam o fato por trás do pedido. E note: "a família exige" não é indicação clínica; é informação sobre o sofrimento da família, que também precisa de resposta.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Listar soluções como necessidades	A equipe defende recursos e para de investigar	Formular em risco ou sofrimento; depois pensar em alternativas
Lista longa sem hierarquia	Nove frentes para meia equipe; abandono silencioso	Máximo de 8 a 10 itens; o resto vai para "a considerar"
Necessidade sem fonte nem data	Não se distingue dado de impressão	Coluna de evidência obrigatória; impressão marcada como tal
Confundir direito com prioridade	Informação e consentimento viram moeda de troca	Direito se cumpre; prioridade se negocia
Transformar o cuidador em executor	Plano que só funciona com vigilância permanente	Ações delimitadas e acordadas; o cuidador tem plano próprio
Ignorar o que não foi perguntado	Ausência de dado lida como ausência de problema	Registrar explicitamente o que não foi investigado
Preferência da equipe como necessidade do usuário	PTS vira lista de desejos do profissional	Pergunta de controle: a que risco isso responde?

SÍNTESE

Necessidade não é desejo, demanda nem direito — e a maior parte dos erros de PTS começa quando essas quatro coisas se confundem. Levante necessidades nas sete dimensões do modelo, sempre com origem, evidência e data, formuladas como risco ou sofrimento e não como serviço. Traduza demandas da família em necessidades reais. Cumpra direitos sem negociá-los. Inclua as necessidades de quem cuida, sem transformar o cuidador em instrumento nem em paciente — e, quando o sujeito do cuidado for o familiar, faça o diagnóstico situacional sobre ele. Registre o que não foi perguntado. Uma lista de oito necessidades bem formuladas vale mais que trinta itens que ninguém consegue priorizar.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Classifique cada item como necessidade, desejo, demanda ou direito: (a) "quero voltar a trabalhar"; (b) "preciso de um atestado para justificar as faltas"; © "cópia do meu plano de cuidado"; (d) "não consigo dormir sem beber".
Resposta comentada: (a) desejo — legítimo e provavelmente o motor do plano; (b) demanda, que pode esconder necessidade (manter o emprego) e risco (perder o vínculo formal); © direito — informação sobre o próprio cuidado, com acesso garantido; (d) necessidade de saúde, dita pela própria pessoa, com implicação clínica direta (insônia e uso noturno de álcool se sustentam mutuamente). A classificação não hierarquiza importância: hierarquiza a conduta.

2. Reescreva as três frases a seguir em necessidades formuladas como risco ou sofrimento: "necessita de internação"; "necessita de acompanhamento psicológico"; "necessita de vaga em comunidade terapêutica".
Resposta comentada: "risco de autoagressão e de exposição à violência sem avaliação e sem plano para as próximas 72 horas"; "sofrimento psíquico com humor deprimido e desesperança há cinco meses, sem tratamento"; "uso em padrão que a família não consegue manejar, com ruptura de vínculo e afastamento do trabalho, sem alternativa de proteção no território". Note que, reformuladas, as três passam a admitir mais de uma resposta — e a decisão sobre o recurso deixa de estar embutida na descrição do problema.

3. Dona Sônia diz: "eu preciso que ele seja internado, senão eu vou adoecer". Escreva duas necessidades — uma dela, uma dele — e diga qual delas o plano deve responder primeiro, justificando.
Resposta comentada: dela: "sobrecarga de cuidadora com insônia, dívidas assumidas e ausência de espaço de escuta; necessita de apoio concreto para as noites e de informação sobre o que é fissura". dele: "uso de cocaína e crack com fissura noturna, sem plano de resposta; risco de autoagressão não avaliado". A resposta prioritária é a avaliação de risco dele, por risco à vida; em seguida, e não como consolação, a resposta à sobrecarga dela — porque é ela quem sustenta a continuidade do cuidado no dia a dia e porque a própria RDC 29/2011 prevê orientação e participação da família no processo. Responder só a um dos dois produz o mesmo resultado: ruptura.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Durante a construção de um PTS, a equipe registra "necessita de vaga em comunidade terapêutica" como primeira necessidade do caso. A crítica metodológica mais adequada a esse registro é:

a) a equipe não deveria indicar comunidade terapêutica, porque o cuidado deve ocorrer preferencialmente em serviços abertos.
b) o registro confunde necessidade com solução e deveria descrever o risco ou sofrimento que se pretende responder, admitindo alternativas.
c) o registro está correto, desde que a vaga seja solicitada por escrito e com justificativa assinada pelo profissional de referência.
d) o registro é adequado apenas se a pessoa concordar com a internação, caso em que passa a ser necessidade sentida.

Gabarito: b.
Necessidade se formula como risco ou sofrimento; o recurso é uma das respostas possíveis e vem depois, com alternativas comparadas. A (a) troca método por doutrina: a comunidade terapêutica é recurso previsto na RAPS e pode ser a resposta adequada em situações específicas — o problema é o registro, não o serviço. A © formaliza o erro: assinatura não transforma solução em necessidade. A (d) confunde concordância com formulação: a pessoa pode concordar com um recurso e a equipe ainda assim precisar descrever o que ele responde.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o levantamento de necessidades tende a ficar curto por dois motivos: você só tem o que a pessoa traz, e o tempo é o da sessão. Duas providências ajudam. Primeira: faça o levantamento em duas sessões, com uma lista de dimensões à mão, e diga em voz alta o que ainda não sabe — "não perguntei sobre dívidas, sobre sono, sobre violência; vou perguntar na próxima". Segunda: separe, no seu registro, o que a pessoa pediu (demanda) do que você identificou (necessidade) e do que ela quer (desejo) — em consultório particular, essa separação é o que impede o plano de virar uma agenda de serviços vendidos. Se você atende familiares, lembre-se de que a demanda inicial quase sempre é sobre outra pessoa: "meu marido precisa parar". A necessidade de quem está na sua frente costuma ser outra, e é com ela que o trabalho começa.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 8º, 16, 19 e 21.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — projeto terapêutico singular e clínica ampliada.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.
BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. In: McLOUGHLIN, G. (org.). **Problems and Progress in Medical Care**.

London: Oxford University Press, 1972 — distinção entre necessidade sentida, expressa, normativa e comparada.
CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

UNIDADE 3.3 · 1 H

3.3 Definição das prioridades

Apresentação

Com oito necessidades identificadas, a equipe de Rafael precisava decidir por onde começar. A discussão durou quarenta minutos e terminou com uma frase conciliadora: "vamos trabalhar tudo em paralelo". Duas semanas depois, o único item com registro de atividade era a inscrição no curso de qualificação — o mais fácil de executar, e não o mais urgente. A dívida com o agiota não tinha sido conversada. A ideação suicida não tinha sido avaliada. O uso seguia igual.

"Tudo em paralelo" é o jeito educado de não priorizar. E não priorizar, em situação de risco, é decidir pela inércia: fica na frente o que a equipe já sabe fazer, o que o serviço já tem na agenda, o que dá menos trabalho de articular.

Priorizar é escolher, com critério declarado, e registrar o que ficou de fora. Esta unidade ensina os critérios, a diferença entre urgência e prioridade terapêutica, e o que fazer quando a prioridade da pessoa não é a da equipe — que é o caso mais comum e o mais mal resolvido.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. distinguir urgência, emergência e prioridade terapêutica, sem confundir uma com a outra;
2. aplicar critérios explícitos de priorização a uma lista de necessidades;
3. considerar limites reais de recursos e de factibilidade na escolha do que vem primeiro;
4. negociar divergências entre a prioridade da pessoa, da família e da equipe, registrando o acordo e o desacordo;
5. registrar o que ficou de fora, com justificativa e prazo de revisão.

Desenvolvimento

Urgência não é prioridade — e prioridade não é urgência

Três termos que a rotina trata como sinônimos e que produzem decisões opostas.

Emergência é risco iminente à vida ou à integridade, que exige resposta imediata e fora da ordem planejada: tentativa de suicídio em curso, convulsão, agressão grave, intoxicação com rebaixamento de consciência, abstinência alcoólica com sinais de gravidade. Não se prioriza emergência: interrompe-se o plano e responde-se a ela. E não se conduz emergência fora do próprio escopo — aciona-se o serviço competente.

Urgência é o que não pode esperar semanas, mas admite alguns dias de organização: ideação suicida sem plano, dívida com ameaça recente, situação de rua iminente, ruptura familiar com risco para criança, hipertensão grave sem controle. A urgência entra no topo da lista de prioridades, com prazo curto e responsável nomeado.

Prioridade terapêutica é a escolha do que trabalhar primeiro entre coisas que não são urgentes, mas são importantes para a mudança: o padrão de uso, a relação com o filho, o trabalho, o sono, a sobrecarga da mãe. Aqui não há resposta única — há critério, negociação e registro.

A confusão entre urgência e prioridade terapêutica produz dois erros simétricos. O primeiro é tratar tudo como urgência: a equipe vive apagando incêndio, o plano nunca começa, e a pessoa aprende que só é atendida quando há crise. O segundo é tratar urgência como prioridade comum: a avaliação de risco entra na fila "para a semana que vem", e a fila, em saúde, às vezes cobra em dias.

Seis critérios para escolher o que vem primeiro

Não existe fórmula que substitua julgamento clínico, mas existe critério que substitui o improviso. Aplique os seis, na ordem, e discuta as divergências.

1. Risco à vida e à integridade. Ideação suicida, violência doméstica, ameaça de terceiros, situação de rua com agravo, intoxicação, abstinência grave, desnutrição, condições clínicas sem tratamento. Este critério quase sempre vence — e quando não vencer, a justificativa precisa estar escrita.

2. Gravidade e irreversibilidade. O que, se não for tratado agora, produz dano difícil de reverter: perda de guarda, perda de vínculo com o serviço, prazo jurídico, agravamento clínico, afastamento definitivo da família.

3. Motivação e desejo da pessoa. O que ela quer fazer agora é o que ela vai sustentar. Ignorar isso produz planos corretos e abandonados. Rafael quer parar com cocaína e crack, quer trabalhar, quer ver o filho — esses três desejos são o motor disponível.

4. Factibilidade. O que o serviço, a rede e a pessoa conseguem executar nesta semana. Prioridade que ninguém consegue executar não é prioridade: é desejo da equipe escrito em linguagem técnica.

5. Efeito multiplicador. O que, ao ser resolvido, facilita outras necessidades. Avaliar e tratar o quadro depressivo pode melhorar sono, adesão e capacidade de trabalhar. Resolver a pressão da dívida pode reduzir o consumo associado à angústia.

6. Janela de oportunidade. O que tem prazo externo: uma vaga que existe agora, uma audiência marcada, uma consulta disponível, um familiar disposto a conversar esta semana. Janela que fecha raramente reabre no mesmo formato.

Um aviso sobre o critério 3: motivação não é pré-requisito moral para atendimento. Quem não quer parar de usar continua tendo direito a cuidado, e a redução de danos existe exatamente para isso. O critério serve para escolher **por onde começar a negociação**, não para decidir quem merece atenção.

Aplicando os critérios: a matriz de priorização

Com seis critérios e oito necessidades, a discussão em equipe fica mais curta se houver uma matriz visível. Uma versão simples, com notas de 1 a 3, resolve a maior parte dos casos — desde que a nota seja justificada em uma linha.

Necessidade	Risco à vida	Gravidade	Motivação	Factibilidade	Multiplicador	Janela	Total
Avaliação de risco de autoagressão	3	3	2	3	3	3	17
Resposta à pressão da dívida	3	3	3	2	2	2	15
Padrão de uso de cocaína e crack	2	3	3	3	3	2	16
Insônia e uso noturno de álcool	1	2	1	3	3	1	11
Hipertensão sem acompanhamento	2	3	2	3	1	2	13
Contato com o filho	1	2	3	2	2	1	11
Sobrecarga da mãe	1	2	3	3	2	2	13
Informação sobre fissura e plano noturno	2	2	3	3	3	2	15

Três coisas precisam ser ditas sobre essa matriz, senão ela vira álibi.

Primeira: a soma não decide. Ela organiza a conversa. Um item com nota baixa em risco à vida pode subir se houver informação nova; um item com soma alta pode descer se a pessoa recusar. A matriz é apoio ao julgamento, não substituto dele.

Segunda: as notas são discutíveis, e é bom que sejam. Se duas pessoas da equipe dão notas diferentes para "risco à vida", a divergência é a informação mais importante da reunião — significa que uma delas sabe algo que a outra não sabe. Discuta o dado, não a nota.

Terceira: nota sem justificativa é opinião com números. Ao lado de cada linha, escreva em uma frase por que aquela nota. "Risco 3: ideação passiva relatada em 12/03, sem avaliação desde então" — e não "risco alto, consenso da equipe".

Limite de prioridades: três, no máximo cinco

O modelo orientador do curso pede de três a cinco prioridades. O limite não é estético: é operacional. Cada prioridade gera objetivos, metas, intervenções, responsáveis e indicadores. Com cinco prioridades, um PTS realista já tem quinze itens de trabalho. Com dez, o documento fica bonito e o serviço não executa.

O critério para o que fica fora é simples e precisa ser escrito: **fica fora o que não é urgente e não é motor de mudança neste momento**. E fica registrado com a razão e com o gatilho de revisão: "tema do álcool fica fora da prioridade inicial; será retomado se houver prejuízo clínico, se ele mencionar o assunto espontaneamente, ou na reavaliação de 60 dias".

Há duas exceções legítimas ao limite. A primeira são as obrigações normativas, que não são prioridades: ficha individual, avaliação prévia, critérios de saída, notificação compulsória. Elas se cumprem independentemente de entrarem na lista. A segunda são as ações de baixo custo e alto efeito imediato — uma ligação, um encaminhamento, uma orientação — que não competem com as prioridades porque não consomem tempo de equipe.

Recursos limitados: prioridade é também escolha de escassez

Quem trabalha em clínica de reabilitação ou em comunidade terapêutica sabe que a restrição não é abstrata: é uma vaga, um carro, um técnico por turno, uma agenda de psiquiatria com espera de cinco semanas, um transporte que não passa à noite. Priorizar sem considerar isso é produzir um plano que a realidade vai cancelar.

Três decisões práticas decorrem da escassez:

O que a equipe faz com o que tem. Antes de listar o que falta, liste o que já é possível: quem da equipe pode fazer avaliação de risco hoje, quem pode ligar para a ex-companheira, quem pode acompanhar a conversa sobre a dívida.

O que se pede à rede, com nome e prazo. "Encaminhamento ao CAPS AD" não é plano; "solicitação de avaliação psiquiátrica ao CAPS AD, por escrito, até 15/03, com retorno previsto em 30 dias, e contato telefônico de referência" é.

O que se decide não fazer, e se registra. Toda equipe deixa coisas de fora. A diferença entre uma equipe competente e uma equipe sobrecarregada não é fazer tudo: é saber o que deixou de fazer e por quê.

Compatibilidade entre necessidades e possibilidades: o plano excessivo

O plano excessivo tem sintomas reconhecíveis: muitas metas para poucas semanas; metas que dependem de terceiros que não concordaram; metas que exigem mudança simultânea de uso, moradia, trabalho e família; metas que a pessoa não sabe explicar com as próprias palavras.

O antídoto é uma pergunta de realidade, feita antes de fechar o documento: **se esta pessoa faltar duas semanas, o plano sobrevive?** Se a resposta for não, o plano está apoiado em vigilância, não em

processo. Planos que sobrevivem a faltas têm poucos itens, contatos acessíveis e um passo que a pessoa pode dar sozinha.

Quando a prioridade da pessoa não é a da equipe

Este é o núcleo do trabalho e o ponto em que mais se perde vínculo.

Rafael reconhece como prioridade parar com cocaína e crack e resolver a dívida. Não considera o álcool um problema. A equipe considera o risco de autoagressão a prioridade número um. Três posições, três legitimidades.

O que fazer, em cinco movimentos:

1. Nomeie as três listas em voz alta. "Para você, o que mais pesa é parar com a cocaína e resolver a dívida. Para sua mãe, é você não usar nada. Para nós, o primeiro ponto é avaliar o risco de você se machucar. Quero combinar como isso vai ficar." Nomear evita que a divergência seja interpretada como manipulação.

2. Explique o critério, não a hierarquia. "A avaliação de risco vem primeiro porque, se você estiver pensando em se matar, tudo o mais muda de lugar. Não é porque a gente sabe o que é melhor para você." Critério é discutível; hierarquia é imposição.

3. Encontre o que a pessoa já quer e conecte. Se ele quer parar com cocaína, a avaliação de risco não é um desvio: é o que permite montar um plano noturno que funcione quando a fissura chegar. A prioridade da equipe passa a ter sentido dentro do desejo dele.

4. Registre a divergência. "Rafael não considera o uso de álcool um problema; a equipe considera relevante pelo efeito sobre sono e humor. Tema não incluído na prioridade inicial, por acordo, com revisão em 60 dias." Registro não é burocracia: é o que impede que, na próxima reunião, alguém diga que ele "esconde" o álcool.

5. Estabeleça o limite com transparência. Em risco à vida, a prioridade clínica se sobrepõe à vontade — e isso se diz, se explica e se registra. O que não se faz é chamar de "acolhimento" uma decisão tomada sem aviso.

O que fica fora, e por quê

Todo PTS precisa de um parágrafo chamado, literalmente, "o que fica fora nesta etapa". Ele cumpre três funções: protege a equipe de ser cobrada por algo que nunca foi combinado; informa o próximo profissional sobre o que já foi considerado e descartado; e dá à pessoa a experiência de participar de uma escolha, em vez de receber uma lista.

Formato sugerido, em três colunas: o que ficou fora, por que ficou fora, quando será revisto.

Fora nesta etapa	Por quê	Revisão
Tratamento do uso de álcool	Rafael não reconhece problema; risco clínico atual menor que o do crack; incluí-lo agora custaria o vínculo	60 dias, ou antes se houver prejuízo clínico
Reconciliação com a irmã	Sem disponibilidade dela no momento; tema não é urgente nem motor	90 dias
Qualificação profissional formal	Depende de estabilidade mínima e de documentação; há alternativa de curto prazo	Após 30 dias sem uso
Exames complementares de imagem	Sem indicação clínica no momento	Se houver sinal neurológico

EXEMPLO APLICADO

A equipe de Rafael fecha três prioridades, com critério declarado e o que fica fora.

Prioridade 1 — Avaliação e resposta ao risco de autoagressão. Critério: risco à vida (ideação passiva recente, sem avaliação há dois anos, histórico de tentativa). Prazo: 72 horas. Responsável: profissional de referência. Reconhecida por: equipe e, depois da conversa, por Rafael ("se eu estiver pensando nisso, preciso falar com alguém").

Prioridade 2 — Redução do risco associado à dívida. Critério: risco à integridade (ameaça recente), gravidade (irreversível se escalar) e efeito multiplicador (a cobrança piora humor, sono e uso). Prazo: 15 dias. Responsável: assistente social, com participação da mãe em uma conversa acordada. Reconhecida por: Rafael e Dona Sônia.

Prioridade 3 — Interrupção do padrão de uso de cocaína e crack, com plano para a fissura noturna. Critério: motivação da pessoa, gravidade, factibilidade ambulatorial. Prazo: início imediato, primeira meta em 30 dias. Responsável: equipe de referência. Reconhecida por: Rafael — é a prioridade que ele nomeia.

O que fica fora nesta etapa: uso de álcool (não reconhecido por ele, risco clínico atual menor, incluí-lo agora custaria o vínculo — revisão em 60 dias); contato com o filho (motor importante, mas depende de mediação com a ex-companheira, que ainda não foi contatada — revisão em 30 dias); hipertensão (encaminhamento clínico simples, não compete com as prioridades — execução imediata pela UBS, sem entrar na lista de prioridades); sobrecarga da mãe (entra como ação de apoio dentro da prioridade 2, não como prioridade autônoma).

Note a diferença em relação à lista inicial: três prioridades, prazos distintos, responsáveis nomeados, e um parágrafo que impede a equipe de fingir que esqueceu o resto. Note também que a prioridade 3 é a única que Rafael nomeia — e que as prioridades 1 e 2 foram construídas de modo a caber dentro do desejo dele, não contra ele.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um usuário de 41 anos, em comunidade terapêutica há 20 dias, tem quatro necessidades registradas: (i) hipertensão descontrolada, com PA 180/110 na última aferição; (ii) uso de cocaína antes da internação, com duas tentativas anteriores de tratamento; (iii) afastamento do trabalho e risco de demissão por abandono; (iv) conflito intenso com a mãe, que ameaça não buscá-lo na alta. A equipe quer priorizar o "trabalho terapêutico sobre a relação com a mãe", porque é o tema que domina os atendimentos.

Tarefa. Aplique os seis critérios, defina as prioridades e diga o que fica fora.

Resolução comentada. A hipertensão com PA 180/110 é urgência clínica e vem antes de qualquer tema psicológico: precisa de avaliação médica imediata, e a comunidade terapêutica deve acionar o serviço competente — não é papel da equipe psicossocial conduzir controle pressórico. A segunda prioridade é o plano de continuidade do uso, porque o período pós-alta é o de maior risco e porque há duas tentativas anteriores que informam o que não funcionou. A terceira é a situação de trabalho, que tem prazo externo (risco de demissão) e pode ser endereçada com uma ligação e um documento, se o usuário concordar. A relação com a mãe é importante e não é prioridade: ela domina os atendimentos porque é o que a equipe sabe fazer e o que dá alívio imediato — sintoma clássico de prioridade escolhida pela afinidade do profissional, não pelo risco. Fica registrada como tema de trabalho a partir da segunda quinzena, com uma ação concreta (conversa mediada antes da alta, com pauta acordada).

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
"Vamos trabalhar tudo em paralelo"	Nada avança; fica na frente o mais fácil	Três a cinco prioridades, com prazo e responsável
Priorizar pela afinidade do profissional	O tema que a equipe gosta domina a agenda	Aplicar os seis critérios e registrar a justificativa
Tratar urgência como prioridade comum	Risco à vida entra na fila	Urgência tem prazo em dias e responsável nomeado
Prioridade sem factibilidade	Plano bonito, execução impossível, culpa na pessoa	Checar recurso, agenda, transporte e disponibilidade antes
Ignorar o desejo da pessoa	Plano correto e abandonado	Critério 3 explícito; construir as prioridades da equipe dentro do desejo dela
Não registrar o que ficou fora	Cobrança posterior, sensação de omissão, retrabalho	Parágrafo "o que fica fora nesta etapa", com gatilho de revisão

Erro	O que acontece	Correção
Matriz usada como decisão automática	Números substituem julgamento clínico	Matriz organiza a conversa; a decisão é justificada em texto

SÍNTESE

Priorizar é escolher com critério declarado e registrar o que ficou de fora. Emergência se responde, urgência entra no topo com prazo em dias, prioridade terapêutica se negocia. Seis critérios organizam a escolha: risco à vida, gravidade e irreversibilidade, motivação da pessoa, factibilidade, efeito multiplicador e janela de oportunidade. O limite é de três a cinco prioridades, porque cada uma gera metas, intervenções e indicadores. Recursos limitados não são desculpa para não planejar: são parte do planejamento. E quando a prioridade da pessoa não é a da equipe, nomeie as listas, explique o critério, conecte ao desejo dela, registre a divergência e seja transparente no limite.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Classifique como emergência, urgência ou prioridade terapêutica: (a) ideação suicida com plano e acesso a meio; (b) hipertensão 180/110 em pessoa assintomática; © desejo de retomar contato com o filho; (d) abstinência alcoólica com tremor intenso e confusão.
Resposta comentada: (a) emergência — resposta imediata, com acionamento do serviço competente e não condução isolada; (b) urgência clínica — avaliação médica no mesmo dia, sem esperar a próxima consulta agendada; © prioridade terapêutica, ainda que possa ter prazo externo (mediação com a ex-companheira) e alto valor motivacional; (d) emergência — abstinência complicada é risco à vida e exige avaliação médica imediata, não manejo psicossocial.

2. Uma equipe registrou seis prioridades e, na reavaliação de 30 dias, nenhuma tinha meta cumprida. Escreva três hipóteses para o fracasso e o que verificar em cada uma.
Resposta comentada: (i) prioridades demais para a capacidade da equipe — verificar quantas ações por semana cada prioridade exigia e quantas foram efetivamente executadas; (ii) prioridades escolhidas pela equipe sem adesão da pessoa — verificar se ela sabia nomear as prioridades com as próprias palavras; (iii) metas sem responsável nominal — verificar se cada meta tinha um nome e uma data. Em todos os casos, a resposta não é aumentar a cobrança sobre a pessoa: é reduzir o número de prioridades, reconstruir com ela e nomear responsáveis.

3. Rafael não considera o álcool um problema; a equipe considera. Escreva o parágrafo de registro dessa divergência, como ele apareceria no PTS.
Resposta comentada: algo como: "Rafael não reconhece o uso de álcool como problema ('é só à noite, para dormir') e não o inclui entre suas prioridades. A equipe considera o tema relevante pelo efeito sobre sono, humor e risco de uso de cocaína, e pelo uso de medicação emprestada da mãe. Decisão: o tema não entra nas prioridades iniciais, para preservar o vínculo e a prioridade que ele reconhece; será retomado se houver prejuízo clínico, se ele mencionar espontaneamente, ou na reavaliação de 60 dias. Registrado em 14/03, com ciência de Rafael." O parágrafo preserva as duas

posições, nomeia o critério da decisão e cria o gatilho de revisão — as três coisas que evitam que a divergência vire acusação depois.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um usuário em acompanhamento ambulatorial tem cinco necessidades identificadas, entre elas conflito com a companheira, desemprego há oito meses, uso de cocaína em finais de semana, insônia e uma dívida com agiota que gerou ameaça na semana passada. A conduta mais coerente com os critérios de priorização é:

a) priorizar o conflito conjugal, porque é o tema que o usuário traz espontaneamente em todas as consultas.
b) priorizar o desemprego, porque a renda sustenta todas as outras necessidades e tem efeito multiplicador.
c) priorizar a resposta à ameaça associada à dívida, por risco à integridade, e o padrão de uso, por gravidade e motivação, registrando o que fica fora.
d) priorizar a insônia, porque é a queixa com resposta mais rápida e melhora a adesão ao serviço.

Gabarito: c.
Ameaça recente é risco à integridade e tem prazo curto; o padrão de uso é o núcleo clínico e tem motivação associada. A (a) confunde frequência na fala com prioridade clínica — o tema que a pessoa traz é ponto de partida da negociação, não critério único. A (b) usa um critério real (multiplicador) e ignora o critério que vence os demais (risco). A (d) escolhe o que dá resultado rápido e conforto à equipe, não o que protege.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, você é a equipe inteira, e a tentação de priorizar tudo é maior porque não há reunião para dividir responsabilidade. Duas ferramentas bastam. A primeira é a lista de três prioridades escrita no prontuário, com data e com o que ficou fora — ela impede que a cada sessão o tema mude conforme o que a pessoa traz. A segunda é a pergunta de factibilidade: "o que, disso tudo, é possível fazer até a próxima sessão, com o tempo e a energia que você tem?". Em atendimento de codependência familiar, a prioridade inicial quase nunca é "parar de ajudar": é reduzir o custo de uma única ação concreta — uma dívida que não será paga, uma ligação que não será feita — porque é isso que a pessoa consegue sustentar na semana, e é isso que devolve a ela a experiência de escolher.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 8º, 16, 17, 19, 20 e 21.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — projeto terapêutico singular e definição de prioridades.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.
BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

UNIDADE 3.4 · 1 H

3.4 Compreensão da singularidade

Apresentação

Duas pessoas chegam à mesma clínica na mesma semana. Ambas têm 34 anos, usam cocaína e crack, têm mãe cuidadora, histórico de uma internação e nenhum vínculo atual com serviço de saúde. Se você lesse apenas a ficha, diria que são o mesmo caso. Elas não são.

Rafael quer parar, quer voltar a trabalhar, quer ver o filho, e recusa nova internação. O outro — chamemos de Marcos — está há quatro meses em situação de rua, perdeu o contato com a família depois de uma agressão, tem tuberculose tratada e diz que "não vai parar de usar, só quer um lugar para dormir". Mesmo diagnóstico, dois projetos radicalmente diferentes: um começa pela avaliação de risco e pelo plano de fissura; o outro começa por moradia, comida e vínculo, com redução de danos e sem qualquer promessa de abstinência.

A palavra para isso é singularidade — e ela é a mais mal usada do vocabulário do cuidado. "Cada caso é um caso" é dito com frequência e praticado com raridade, porque a frase costuma servir para justificar exceções decididas por intuição, não para fundamentar decisões com método. Esta unidade trata da singularidade como **procedimento**: o que olhar, como registrar, o que fazer com o que se encontra e onde estão os limites.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. explicar por que duas pessoas com o mesmo diagnóstico exigem projetos diferentes, com base em dados e não em intuição;
2. identificar os elementos que compõem a singularidade — história, função do uso, motivação, recursos, contexto social e cultural;
3. usar a noção de motivação para negociar objetivos, sem transformá-la em régua moral;
4. reconhecer o peso do contexto — gênero, raça, território, trabalho, religião — nas possibilidades reais de uma pessoa;
5. distinguir singularidade de exceção não justificada, registrando o que é decisão clínica e o que é preferência.

Desenvolvimento

O que a singularidade não é

Antes do que ela é, três coisas que ela não é — porque as três aparecem todos os dias.

Não é simpatia pelo caso. "Ele é um bom rapaz, tem história triste" não é análise de singularidade: é vínculo pessoal do profissional, que pode ser útil e não é método. Quando a simpatia substitui o critério, o plano fica mais generoso com quem a equipe gosta e mais duro com quem a equipe teme.

Não é exceção sem registro. "Com ele é diferente, não adianta seguir o protocolo" — sem dizer em que, com que dado, e com que consequência prevista. Toda exceção legítima precisa de uma frase que a justifique e de uma data para ser revista.

Não é justificativa para não planejar. "Cada caso é um caso" às vezes significa "não vamos escrever nada, porque nada se aplica". É o oposto: quanto mais singular a situação, mais o documento precisa ser explícito, porque menos ele pode se apoiar em rotina.

O que compõe a singularidade

Seis elementos, todos registráveis, nenhum deles misterioso.

Elemento	Perguntas que revelam	O que muda no plano
História de vida e curso do uso	Quando começou, o que estava acontecendo, o que já tentou, o que funcionou por mais tempo?	Define o que já se sabe que sustenta mudança e o que já falhou naquele contexto
Função aparente do uso	O que o uso resolve na vida prática e afetiva da pessoa, hoje?	Indica o que precisa existir no lugar antes de o uso sair de cena
Motivação e disposição à mudança	O que ela quer, o que teme, o que aceitaria tentar nesta semana?	Define o ponto de entrada e o ritmo da negociação
Recursos pessoais e familiares	Habilidades, vínculos, experiências de superação, quem ainda responde	Aponta o que já existe e pode ser mobilizado
Contexto social e cultural	Território, renda, trabalho, gênero, raça, religião, escolaridade, rede de convivência	Explica o que é possível e o que é hostil; evita plano importado
Escolhas e possibilidades	O que a pessoa decide, o que recusa, o que pode mudar sem perder o que valoriza	Define os limites da intervenção e o espaço da autonomia

A função do uso: hipótese útil, não verdade oculta

"Qual é a função da droga para essa pessoa?" é uma boa pergunta e uma péssima conclusão. Boa porque ajuda a prever o que acontece quando o uso diminui: se beber é o que faz dormir, a insônia volta no terceiro dia sem álcool; se usar é o que permite pertencer a um grupo, a solidão volta na primeira semana.

Péssima quando se transforma em explicação total: "ele usa porque tem estrutura borderline", "ela usa para não sentir o abandono". Frases assim fecham o caso antes de ele ser entendido e costumam dizer mais sobre a formação do profissional do que sobre a pessoa.

O uso correto é como hipótese de trabalho, com a mesma disciplina da unidade anterior: formular, verificar, revisar. "Hipótese: o uso noturno de álcool funciona como indutor de sono em um quadro de insônia crônica; se confirmada, a redução do álcool exigirá abordagem do sono, não apenas orientação para parar." Isso é testável — e, se confirmado, muda a intervenção.

Motivação: usar sem moralizar

A descrição mais difundida do processo de mudança organiza a disposição em estágios: pré-contemplação (não reconhece problema), contemplação (reconhece e hesita), preparação (decide e planeja), ação (muda), manutenção (sustenta) e recaída (retorno ao uso, que pode ser parte do processo). É um modelo útil e precisa ser usado com três cuidados.

Primeiro: não é uma régua moral. Estar em "pré-contemplação" não é estar imaturo. Significa que, naquele momento, a pessoa não vê o uso como problema — e há razões legítimas para isso, inclusive porque o uso cumpre funções e porque as tentativas anteriores custaram caro.

Segundo: não é linear. A pessoa pode estar em ação quanto ao crack, em contemplação quanto ao álcool, em pré-contemplação quanto ao tabagismo. Rafael é exatamente isso: ação para cocaína e crack, pré-contemplação para álcool. Um plano que trate "motivação" como um bloco único erra o alvo em duas frentes ao mesmo tempo.

Terceiro: o estágio se lê pela fala, não pelo prontuário. "Não vou parar, só quero dormir aqui" é pré-contemplação quanto à abstinência, e é também um pedido claro de moradia — que pode ser respondido sem exigir mudança de discurso. A entrevista motivacional existe justamente para trabalhar a ambivalência sem confronto; confronto precoce produz o discurso defensivo que depois será lido como "falta de motivação".

Um critério prático: **o objetivo terapêutico tem que caber no estágio atual, ou o plano começa pela negociação do objetivo** — e não pela execução de um objetivo que a pessoa não assumiu.

Recursos: o que já existe e ninguém contou

Toda equipe é treinada para identificar deficits. A singularidade exige o contrário: um inventário do que existe.

Perguntas que rendem: "o que você já conseguiu mudar na vida, mesmo que por pouco tempo, e como foi?"; "quem, na sua vida, ainda atende o telefone quando você liga?"; "o que você faz bem e ninguém aqui sabe?"; "qual foi o período mais estável da sua vida e o que havia nele?". As respostas costumam produzir material que nenhum instrumento padronizado captura — e frequentemente indicam o que sustentou os períodos de abstinência anteriores.

No caso de Rafael, o inventário é rico: três meses de abstinência em 2024, reconhecimento profissional, vínculo com a mãe apesar do conflito, conhecimento da rede do território, desejo explícito de reto-

mar o trabalho e o contato com o filho. Um plano que não use isso está desprezando o principal ativo do caso.

Contexto: gênero, raça, território, trabalho, religião

A singularidade não é só psicológica. Duas pessoas com a mesma história psíquica têm possibilidades diferentes conforme o lugar social que ocupam.

Gênero. Uma mulher que usa e tem filhos enfrenta julgamento moral mais intenso e risco maior de perder a guarda; o mesmo comportamento em um homem é lido como "fase". Isso muda a prioridade: a defesa jurídica e o apoio à maternidade podem vir antes do tema do uso.

Raça. Pessoas negras são abordadas de forma diferente pela polícia, pelos serviços e pela própria equipe — e o "histórico de resistência" costuma ser, na prática, resposta a tratamento desigual. Registrar isso não é militância: é evitar diagnóstico errado.

Território. A distância até o CAPS AD, o custo do transporte, o horário do último ônibus e a presença de tráfico na porta definem o que é factível. Um plano com três deslocamentos semanais, para quem mora a 40 minutos e trabalha em biscates, é um plano para outra pessoa.

Trabalho e renda. Quem trabalha informalmente não pode faltar para consulta sem perder o dia. Quem está endividado com agiota tem um risco que a agenda do serviço não vê.

Religião e comunidade. A igreja pode ser recurso de pertencimento e pode ser fonte de culpa; a mesma comunidade que acolhe pode ser a que expulsa. Pergunte, não presuma.

Registrar contexto não é desculpar. É reconhecer que a mesma intervenção tem custos diferentes para pessoas diferentes — e que um plano que ignora custo é um plano que será abandonado.

Escolhas, autonomia e consentimento

Singularidade implica aceitar que a pessoa decide coisas que a equipe não escolheria. Isso tem base legal e limite claro.

A Lei 10.216/2001 estabelece que o tratamento deve visar, como finalidade permanente, a reinserção social, e prevê o consentimento informado, com internação involuntária apenas nos casos previstos em lei, comunicada e avaliada. A RDC 29/2011 exige informação clara sobre normas, rotinas, critérios de visitas e de comunicação, com concordância declarada por escrito — inclusive quando há determinação judicial. Em comunidade terapêutica, portanto, a diferença entre adesão e submissão não é filosófica: é a diferença entre uma pessoa que sabe o que está acontecendo com ela e uma pessoa que obedece por não ter alternativa.

Na prática, três perguntas revelam se há autonomia real: **a pessoa sabe por que está ali?** Sabe o que precisa acontecer para sair? Sabe a quem recorrer se algo estiver errado? Se as três respostas forem "não", o que existe é custódia — e nenhum PTS funciona sobre custódia, porque o plano depende de decisões que só a pessoa pode tomar depois da alta.

Quando o sujeito é o familiar

Em atendimento de codependência familiar, a singularidade tem um endereço específico: a pessoa na sua frente.

Ela costuma chegar com a história de outra pessoa — o filho, o marido, a irmã — e com uma autoimagem construída em torno de cuidar. Duas armadilhas simétricas: tratá-la apenas como informante do caso do usuário (o que a invisibiliza) ou tratá-la como portadora de um diagnóstico de codependência (o que a reduz a um rótulo).

O que a singularidade pede, aqui, é o mesmo procedimento: história de vida, função do cuidado na vida dela, motivação, recursos, contexto — inclusive o contexto de gênero, que faz recair sobre mulheres a maior parte do cuidado não remunerado —, escolhas e possibilidades. Uma mulher que sustenta a casa, cuida da mãe idosa e do filho que usa tem um projeto possível muito diferente de outra que tem emprego estável e rede de apoio. O objetivo pode ser o mesmo no papel ("estabelecer limites") e completamente diferente no concreto ("conseguir dizer não a uma dívida específica, sem romper o vínculo").

A armadilha da singularidade

Como toda boa ideia, a singularidade pode ser usada para não trabalhar. Três sinais de uso indevido:

O caso é sempre "muito complexo" e por isso não se escreve nada. Complexidade é razão para escrever mais, não menos.

A exceção não tem registro. A equipe muda a regra para uma pessoa e não anota por quê. Se a regra era inadequada, mude a regra; se a exceção é clínica, registre o dado.

A singularidade aparece só na justificativa, nunca no plano. O texto diz que "cada caso é único" e o plano é idêntico ao de todos os outros. Nesse caso, a frase é decoração.

Um teste rápido, e impiedoso, para o documento que você acabou de escrever: **troque o nome da pessoa pelo de outro usuário do serviço.** Se o texto continuar fazendo sentido, ele não descreve ninguém — descreve um tipo. Volte e acrescente o que só é verdade para essa pessoa.

> **EXEMPLO APLICADO**
>
> Três pessoas, três projetos — todos coerentes com o método.
>
> **Rafael, 34 anos, ambulatorial.** Motivação: ação para cocaína e crack; pré-contemplação para álcool. Recursos: experiência de três meses de abstinência, vínculo com a mãe, reconhecimento profissional. Contexto: dívida com agiota, desemprego intermitente, filho de 6 anos distante. Projeto: avaliação de risco, resposta à dívida, plano de fissura noturna, trabalho como motor. Abstinência como objetivo para cocaína e crack; álcool como tema a negociar em 60 dias.
>
> **Antônio, 58 anos, situação de rua há três anos.** Motivação: pré-contemplação quanto à abstinência; demanda clara por moradia e por tratamento da tuberculose já tratada. Recursos: conhecimento da rede de assistência, vínculo com um educador de rua, nenhum documento. Contexto:

sem documentação, sem renda, sem endereço. Projeto: documentação, moradia, vínculo e redução de danos; abstinência não é objetivo inicial e não é condição para atendimento. Note: o mesmo diagnóstico, e um plano que começaria errado se copiasse o de Rafael.

Juliana, 22 anos, estudante. Motivação: contemplação quanto ao uso de cannabis; ação quanto ao uso de estimulantes em provas. Recursos: alta escolaridade, família presente, projeto profissional claro. Contexto: sem filhos, sem dívida, com rede. Projeto: redução de uso e manejo do contexto de provas; abstinência não é objetivo inicial, e a negociação é explícita — o que exige registrar critérios de reavaliação, para que "redução" não se torne ausência de plano.

O que os três compartilham não é o objetivo: é o método. Diagnóstico situacional, necessidades com origem e evidência, prioridades com critério, e um objetivo que cabe no estágio de cada um.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Duas fichas chegam para você, idênticas nos campos objetivos: 29 anos, uso de cocaína há seis anos, uma internação de 30 dias, ensino médio completo, desempregado, mora com os pais.

Ficha A. Relata que "quer parar de vez", que já tentou três vezes sozinho e ficou 40 dias, que o pai "não fala mais com ele" e que a mãe paga as contas. Diz que aceitaria qualquer coisa, menos internação.

Ficha B. Relata que "não é dependente, dá para parar quando quiser", que perdeu o emprego há dois meses por faltas, que a namorada está grávida e que "se ela ameaçar ir embora, eu paro". Mora com os pais, que não sabem do uso atual.

Tarefa. Diga o que muda no projeto de cada um, com base nos seis elementos da singularidade, e qual seria a primeira prioridade em cada caso.

Resolução comentada. A Ficha A mostra disposição à mudança (ação/preparação), experiência de 40 dias — que informa o que já funcionou e o que falhou —, ruptura com o pai e dependência material da mãe. O projeto começa pelo que ele já quer, com plano de fissura e definição de um objetivo que não exija internação; a primeira prioridade é o padrão de uso, com avaliação de risco (não informada) e trabalho como motor. A Ficha B mostra pré-contemplação com motivação extrínseca ("se ela ameaçar ir embora") e ocultação do uso em casa. O projeto começa pela construção de demanda — não pela exigência de abstinência —, com foco no que ele teme perder e no que a gravidez muda; a primeira prioridade é o vínculo e a avaliação do padrão de uso real, com o cuidado de não transformar a namorada em instrumento de controle. Note que a mesma ficha produz dois planos distintos porque a função do uso, a motivação e o contexto relacional são diferentes — e nenhum dos dois planos é "o correto" em abstrato.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
"Cada caso é um caso" sem registro	Exceções por intuição, sem possibilidade de revisão	Toda exceção com dado, justificativa e data de revisão
Função do uso como explicação total	Caso fechado antes de ser entendido	Formular como hipótese verificável
Motivação tratada como régua moral	Quem não quer parar é visto como imaturo e perde cuidado	Estágio como informação para negociar, não para julgar
Inventário só de deficits	Plano despreza o que a pessoa já conseguiu	Perguntas de recursos; registrar experiências de mudança
Contexto ignorado	Plano importado, inexequível, abandonado	Registrar território, renda, transporte, gênero, raça, religião
Autonomia formal sem informação	Adesão aparente, abandono na alta	Verificar as três perguntas de autonomia real
Familiar tratado só como informante	Cuidadora invisibilizada, plano frágil	Diagnóstico situacional próprio quando ela é o sujeito do cuidado
Singularidade usada para não planejar	Documento vago, equipe sem rumo	Teste da substituição do nome

SÍNTESE

Singularidade é procedimento, não intuição: história e curso do uso, função aparente do uso, motivação, recursos, contexto social e cultural, escolhas e possibilidades. O mesmo diagnóstico gera projetos diferentes — Rafael, Antônio e Juliana provam isso sem contradizer o método. Motivação orienta a negociação e não mede valor de pessoa; o objetivo terapêutico precisa caber no estágio atual ou o plano começa pela negociação. Contexto — território, renda, gênero, raça, religião — define o que é factível. Autonomia exige informação, e sem informação o que existe é custódia. Quando o sujeito é o familiar, a singularidade é dele. E o teste final é simples: troque o nome; se o texto continuar servindo, ainda não é esta pessoa.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Explique, em três frases, por que "a pessoa não quer parar" não é informação suficiente para definir prioridade, e diga o que você precisa saber além disso.
Resposta comentada: porque a frase descreve um estado de disposição e não diz o que sustenta o

uso, o que a pessoa teme perder, o que já tentou, nem o que ela quer em outras áreas da vida. Além disso, é preciso saber: qual substância e em que padrão (a recusa pode valer para uma e não para outra), qual a função do uso hoje, e qual é a demanda real da pessoa ao procurar o serviço (moradia, trabalho, alívio de sintoma, saída de casa). Com essas três informações, a prioridade pode ser construída; sem elas, a frase só produz julgamento.

2. Aplique o teste da substituição a esta frase de prontuário: "Paciente de 30 anos, dependente químico, desempregado, com histórico de recaídas, sem rede de apoio, necessitando de acompanhamento e fortalecimento da autoestima." Reescreva-a de modo que ela só possa se referir a uma pessoa.
Resposta comentada: a frase original serviria a qualquer usuário do serviço — não há um dado que a vincule a alguém. Uma reescrita possível: "Homem de 30 anos, em uso diário de crack há 14 meses, iniciado após a morte do pai; duas internações, a segunda interrompida no 21º dia por conflito com a equipe; trabalhou 4 anos como pintor e mantém contato com o antigo encarregado, que ofereceu vaga se ele ficar 30 dias sem usar; irmã mais velha é a única pessoa que ele procura quando tem crise de ansiedade". Agora há dados que mudam a decisão: o gatilho do início, o motivo da interrupção, o recurso de trabalho disponível e o vínculo que funciona.

3. Uma equipe decide manter um usuário em quarto individual, contrariando a regra da casa, porque "ele é muito sensível ao barulho". Escreva o registro que transforma essa decisão em decisão clínica, e diga o que faria se não houvesse justificativa.
Resposta comentada: registro: "Decisão de 14/03: quarto individual por 14 dias. Justificativa: relato de insônia grave e de hiperestesia auditiva; dois episódios de autoagressão leve em contexto de quarto compartilhado (12/03 e 13/03). Revisão em 28/03, com reavaliação do sono e da tolerância ao ambiente. Responsável: técnico de referência." Se não houvesse justificativa clínica, a decisão deveria ser revista com a equipe e com o usuário, e registrada como exceção administrativa — não como necessidade terapêutica.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Dois usuários com o mesmo diagnóstico de dependência de cocaína são atendidos no mesmo serviço. Um tem emprego estável, família presente e deseja abstinência; o outro está em situação de rua, sem documentos e pede apenas um lugar para dormir. A conduta mais coerente com o princípio da singularidade é:

a) aplicar o mesmo protocolo aos dois, para garantir equidade de tratamento e evitar privilégios.
b) construir projetos diferentes, com objetivos compatíveis com a disposição e as possibilidades de cada um, registrando as diferenças e os critérios.
c) encaminhar o segundo usuário a outro serviço, já que ele não preenche critério de adesão ao tratamento oferecido.
d) manter o mesmo objetivo (abstinência) para os dois, variando apenas o ritmo das metas.

Gabarito: b.
Singularidade significa método comum com projetos distintos: o que se mantém é o procedimento — diagnóstico situacional, necessidades, prioridades, objetivos compatíveis —, não o objetivo. A

(a) confunde equidade com uniformidade: tratar igual quem está em situações desiguais produz desigualdade de resultado. A © transforma ausência de adesão em critério de exclusão, o que contraria o princípio de acesso e a lógica da redução de danos. A (d) preserva o objetivo e ignora a disposição da pessoa, o que costuma produzir abandono — e culpa atribuída a ela.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a singularidade é o seu principal instrumento e seu principal risco: sem equipe para contrabalançar, a sua leitura do caso pode virar a versão oficial da vida de alguém. Duas providências ajudam. A primeira é escrever, em cada caso, uma seção chamada "o que eu ainda não sei sobre esta pessoa" — e revisá-la a cada dois meses. A segunda é testar suas hipóteses com perguntas de verificação em vez de confirmá-las com perguntas fechadas: "o que acontece na hora em que você decide usar?" rende mais que "você usa para não sentir, certo?". Se você atende familiares, aplique a mesma disciplina à pessoa que está na sua frente: ela tem história, recursos e projeto próprios, e o cuidado começa quando o seu registro deixa de ser apenas o relato sobre outra pessoa.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. **Lei nº 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.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 8º, 16, 19 e 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — clínica ampliada e singularidade do caso.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: helping people change**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2012.

SLADE, M. **Personal Recovery and Mental Illness: a guide for mental health professionals**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

UNIDADE 3.5 · 1 H

3.5 Construção da síntese situacional

Apresentação

A pasta de Rafael tem 41 páginas: ficha de admissão, laudo psiquiátrico de 2023, relatório da comunidade terapêutica, três evoluções da UBS, anotações da assistente social, cópia de exame. Nenhuma página diz o que fazer na segunda-feira.

A síntese situacional é o documento de uma página que responde a essa pergunta. Não é um resumo da pasta — resumo preserva tudo e não decide nada. É uma **interpretação organizada**, escrita para que outra pessoa possa agir sem ter participado das reuniões.

Há um teste que separa síntese de resumo, e ele é brutal: **entregue a página a um colega que nunca ouviu falar do caso e pergunte o que ele faria hoje.** Se ele conseguir responder com segurança — inclusive dizendo o que não sabe — a síntese funciona. Se ele disser "preciso ver a pasta", você escreveu um sumário.

Esta unidade fecha o Módulo 3 e prepara o Módulo 4. A síntese termina exatamente onde começam os objetivos: com uma lista curta de prioridades e uma lista explícita de lacunas.

> **OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**
>
> Ao final desta unidade, você será capaz de:
> 1. distinguir síntese situacional de resumo de prontuário, em conteúdo e em função;
> 2. organizar problemas, potencialidades e prioridades em uma estrutura de uma página;
> 3. redigir em linguagem objetiva, sem adjetivos morais e sem jargão desnecessário;
> 4. marcar relato, observação, hipótese e lacuna de modo que o leitor saiba o que é sólido e o que é provisório;
> 5. revisar a própria síntese com critérios verificáveis antes de levá-la à equipe.

Desenvolvimento

O que a síntese precisa conter

Seis blocos, nesta ordem, em uma página. A ordem não é arbitrária: ela reproduz o raciocínio que o leitor precisa refazer.

Bloco	Conteúdo	Extensão
1. Quem é	Identificação mínima, com quem vive, o que faz, o que quer	2 a 3 linhas
2. O que aconteceu	Linha do tempo útil, com datas aproximadas e marcos (internações, perdas, tentativas)	4 a 6 linhas
3. O que sustenta e o que protege	Fatores de manutenção e recursos, em duas colunas	4 a 6 linhas
4. O que está em risco agora	Riscos imediatos, com prazo	2 a 3 linhas
5. Prioridades acordadas	Até três, com critério e com o que ficou fora	3 a 5 linhas
6. Lacunas	O que não se sabe, quem busca, até quando	2 a 4 linhas

Tudo o mais — histórico completo, laudos, escalas, evoluções — fica anexado. A síntese é o índice interpretativo do caso, não o arquivo.

Organizar problemas sem transformá-los em lista

Problema, na síntese, não é item de uma relação; é um **enunciado com consequência**. Compare:

- Lista: "uso de cocaína; desemprego; dívida; conflito familiar; insônia".
- Enunciado: "uso de cocaína e crack em padrão crescente, com fissura noturna, sustentado por insônia, por contato com um grupo específico e por angústia associada à cobrança da dívida".

O segundo enuncia o problema de modo que ele já sugira onde intervir. O primeiro apenas nomeia áreas da vida — e é por isso que listas de problemas produzem planos genéricos: cada item vira uma frente, sem hierarquia nem mecanismo.

Um recurso prático: escreva cada problema em uma frase que tenha **o que acontece + o que mantém + o efeito**. Se faltar um dos três, provavelmente ainda é uma área, não um problema.

Potencialidades: a coluna que quase nunca é preenchida

Toda síntese tem uma coluna de problemas e, com sorte, uma linha sobre "rede de apoio". Potencialidade, no entanto, é o que dá ao plano a chance de existir sem depender de vigilância.

Potencialidade não é elogio. "É uma pessoa querida" não é potencialidade; "mantém vínculo com o antigo encarregado, que ofereceu vaga condicionada a 30 dias sem uso" é. O critério é o mesmo da unidade anterior: **tem que ser utilizável**. Pergunte, para cada potencialidade registrada: em que ação concreta isso se converte?

No caso de Rafael, quatro potencialidades se convertem em ação: os três meses de abstinência em 2024 (informam o que funcionou e por quê); o reconhecimento profissional (vira meta de trabalho com indicador); o vínculo com a mãe (vira mediação de contato com o filho, com papel delimitado); o conhecimento da rede (reduz o custo de articulação e aumenta a chance de ele próprio procurar ajuda).

Prioridades: três, com critério e com o que ficou fora

A síntese carrega o resultado da unidade anterior, em formato compacto: prioridade, critério, prazo, responsável. E carrega, obrigatoriamente, o parágrafo do que ficou fora — porque é ele que impede a próxima equipe de recomeçar do zero, repetindo discussões já resolvidas.

Um erro frequente é escrever prioridades em linguagem de desejo: "fortalecer autoestima", "ampliar rede de apoio", "promover autonomia". Nenhuma dessas frases indica o que fazer amanhã. Prioridade se escreve com verbo e objeto: "avaliar risco de autoagressão"; "responder à pressão da dívida"; "interromper o padrão de uso de cocaína com plano para a fissura noturna".

Redação objetiva: o que tirar do texto

A síntese é lida por pessoas cansadas, entre dois atendimentos. Cada palavra que não ajuda a decidir atrapalha. Cinco cortes rendem mais que qualquer curso de redação.

Corte 1: adjetivos morais. "Manipulador", "resistente", "difícil", "carente", "desmotivado". Nenhum deles é dado. Substitua por comportamento datado.

Corte 2: jargão sem função. "Quadro de fragilidade biopsicossocial com prejuízo funcional" pode ser "não dorme, não come direito, faltou a dois empregos em um mês".

Corte 3: voz passiva que esconde o agente. "Foi decidido que..." — quem decidiu? Em PTS, autoria importa: quem propôs, quem concordou, quem discordou.

Corte 4: narrativa de bastidor. "Após longa discussão, a equipe entendeu que..." — o leitor precisa da conclusão e do critério, não do drama da reunião.

Corte 5: promessa. "Espera-se que o usuário se engaje no tratamento." Expectativa não é plano. Escreva o que será feito e o que será observado.

Marcar o grau de solidez de cada afirmação

O leitor precisa saber o que é sólido e o que é provisório. Uma convenção simples, de três marcas, resolve:

- **(R)** relato — o que a pessoa ou um familiar disse, com data.
- **(O)** observação — o que a equipe viu ou mediu, com data.
- **(H)** hipótese — interpretação a verificar, com forma e prazo de verificação.
- **(L)** lacuna — informação ausente, com responsável e prazo.

Exemplo de parágrafo com as marcas: "Refere insônia há cinco meses (R, 12/03). Dorme entre 4h e 5h, segundo a mãe (R, 12/03). Apresenta-se com discurso lentificado e higiene precária na admissão (O, 12/03). Hipótese: quadro depressivo com componente ansioso noturno, a confirmar em avaliação psiquiátrica (H). Falta: avaliação de risco estruturada e exames clínicos (L)."

As marcas têm um efeito secundário valioso: impedem que a interpretação da equipe seja lida, seis meses depois, como fato registrado. Em prontuário, essa diferença é a diferença entre cuidado e processo.

O teste do colega que nunca viu o caso

Antes de apresentar a síntese, faça três perguntas a alguém de fora — ou a você mesmo, depois de um dia sem olhar o caso.

1. **O que você faria hoje?** Se a resposta for "não sei", falta prioridade ou falta clareza no risco.
2. **O que você não sabe sobre este caso?** Se a pessoa não conseguir listar nada, as lacunas não estão escritas.
3. **O que já foi descartado, e por quê?** Se a resposta for "nada", o parágrafo do que ficou fora está faltando.

Um segundo teste, mais duro: **a síntese permite discordar?** Um documento que só afirma não pode ser contestado, e documento que não pode ser contestado não serve à equipe — serve à vaidade de quem escreveu. Ao marcar hipóteses e lacunas, você devolve à equipe o direito de discordar com base em dado.

O que muda em comunidade terapêutica e no consultório

Em instituição, a síntese corre o risco de virar relatório de comportamento: "tem participado das atividades, está colaborativo, sem intercorrências". Isso descreve a relação da pessoa com a rotina da casa, não a situação dela. Um parágrafo obrigatório corrige o desvio: **o que se espera que aconteça na saída** e o que o plano faz para os primeiros 30 dias fora. É ali que o PTS se prova.

No consultório, o risco é o oposto: a síntese fica longa e literária, porque há tempo e há uma só voz. A disciplina é o limite de página. Se não couber em uma página, você ainda está pensando em voz alta — e pensar em voz alta é o que se faz no rascunho, não no documento que orienta conduta.

EXEMPLO APLICADO

Síntese situacional de Rafael Moreira, escrita ao final do Módulo 3, em uma página.

> **1. Quem é.** Rafael Moreira, 34 anos, mora com a mãe no bairro; trabalha em biscates na construção; tem um filho de 6 anos, com quem não tem contato há sete meses. Quer parar com cocaína e crack, voltar a trabalhar e retomar o contato com o filho; recusa nova internação (R, 12/03).

2. O que aconteceu. Uso de álcool desde os 18 anos, diário à noite nos últimos dois anos; cocaína desde os 26, com padrão crescente nos últimos oito meses; crack em episódios esporádicos, associados a fissura intensa e a um grupo específico de conhecidos. Duas internações: uma voluntária de 7 dias em 2023 e uma em comunidade terapêutica em 2024, de três meses, interrompida antes do prazo. Perdeu dois empregos formais. Dívida de R$ 4.200 com agiota, com cobrança recente. Sem vínculo com serviço de saúde há dois anos (R, 12/03; prontuário UBS, 10/03).

3. O que sustenta / o que protege. Sustentam: insônia crônica com uso noturno de álcool; humor deprimido há cinco meses, com desesperança; fissura noturna associada a um grupo específico; angústia ligada à cobrança da dívida; isolamento de amigos que não usam; ruptura com a irmã. Protegem: três meses de abstinência em 2024; reconhecimento profissional e disposição para trabalhar; vínculo com a mãe, apesar do conflito; conhecimento da rede do território; aceitação de acompanhamento ambulatorial (R/O, 12/03).

4. Em risco agora. Ideação suicida passiva no último mês, sem plano e sem intenção declarada, e sem avaliação estruturada desde então (R, 12/03). Dívida com ameaça recente, com risco de escalada de violência (R, 12/03). Hipertensão sem acompanhamento, com PA 150/95 na admissão (O, 10/03).

5. Prioridades acordadas. (a) Avaliação e resposta ao risco de autoagressão — critério: risco à vida; 72 horas; profissional de referência. (b) Resposta ao risco associado à dívida — critério: risco à integridade e efeito sobre humor e uso; 15 dias; assistente social. © Interrupção do padrão de uso de cocaína e crack, com plano para a fissura noturna — critério: gravidade e motivação; 30 dias; equipe de referência. Ficam fora nesta etapa: uso de álcool (não reconhecido por ele; revisão em 60 dias), contato com o filho (depende de mediação com a ex-companheira; revisão em 30 dias), sobrecarga da mãe (ação de apoio dentro da prioridade b), hipertensão (encaminhamento clínico imediato, sem entrar na lista).

6. Lacunas. Avaliação de risco estruturada (profissional de referência, até 15/03). Avaliação psiquiátrica (CAPS AD, até 21/03). Exames clínicos e controle pressórico (UBS, até 21/03). Detalhamento da dívida e riscos jurídicos (assistente social, até 30/03). Reação da mãe ao ser informada da dívida (a observar na conversa de 18/03).

Agora a mesma situação escrita como **síntese ruim**, para comparação:

"Paciente de 34 anos, dependente químico grave, com histórico de múltiplas recaídas e baixa adesão a tratamentos anteriores. Família desestruturada, mãe superprotetora, relação conflituosa. Apresenta comorbidade psiquiátrica não especificada. Prognóstico reservado. Necessita de acompanhamento multidisciplinar, fortalecimento de vínculos e ressignificação da relação com as drogas. Aguarda vaga em comunidade terapêutica."

O que está errado, item por item: "dependente químico grave" é rótulo sem dado; "múltiplas recaídas" não informa quando, com que padrão e o que havia de diferente nos períodos sem uso; "baixa adesão" atribui à pessoa um resultado que depende do serviço; "família desestruturada" e "mãe

superprotetora" são juízos sem comportamento datado; "comorbidade não especificada" é indefinição apresentada como diagnóstico; "prognóstico reservado" fecha portas; "necessita de acompanhamento multidisciplinar, fortalecimento de vínculos e ressignificação" são desejos sem verbo, sem prazo e sem responsável; "aguarda vaga" transforma a espera em plano. A página tem 70 palavras e nenhuma decisão.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Você recebe a síntese abaixo, escrita por outro profissional, e precisa levá-la à reunião de equipe em 15 minutos.

> "J., 22 anos, estudante, uso de cannabis diário e estimulantes em período de provas. Mora com os pais, boa relação familiar. Alta motivação para o tratamento. Sem comorbidades. Objetivo: abstinência total. Plano: encaminhamento a grupo de apoio, orientação familiar e retorno em 30 dias."

Tarefa. Aponte quatro problemas na síntese, reescreva o objetivo de modo coerente com o que se sabe, e diga qual é a principal lacuna.

Resolução comentada. Problemas: (i) "alta motivação" é afirmação sem evidência — motivação para o quê, medida como?; (ii) "sem comorbidades" é afirmação forte sem avaliação que a sustente; (iii) o objetivo "abstinência total" foi definido sem registrar se é o objetivo dela ou da equipe, e contradiz a informação de uso de duas substâncias com padrões diferentes; (iv) o plano tem três ações genéricas, sem responsável, sem frequência e sem indicador; (v) não há risco avaliado, nem lacunas nomeadas. Reescrita do objetivo: "reduzir o uso de cannabis a um padrão que ela considere manejável e interromper o uso de estimulantes em período de provas, com critérios de reavaliação em 60 dias" — desde que ela confirme isso como objetivo. Principal lacuna: a avaliação do padrão real de uso dos estimulantes e do contexto de prova, porque é o que tem risco clínico mais agudo e é o que a síntese original apagou ao tratar tudo como "uso".

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Resumo do prontuário em vez de síntese	Documento longo, sem decisão, equipe volta à pasta	Seis blocos, uma página, prioridades e lacunas
Lista de problemas sem mecanismo	Cada item vira uma frente, plano genérico	Enunciado com o que acontece + o que mantém + efeito
Potencialidades como elogio	Plano depende só de vigilância e recurso externo	Potencialidade utilizável, convertida em ação

Erro	O que acontece	Correção
Prioridades em linguagem de desejo	"Fortalecer autoestima" não indica o que fazer amanhã	Verbo e objeto, com prazo e responsável
Nenhuma marca de solidez	Hipótese lida como fato meses depois	(R), (O), (H), (L) em cada afirmação relevante
Síntese que não pode ser contestada	Equipe não consegue discordar com dado	Explicitar hipóteses, divergências e lacunas
Relatório de comportamento na instituição	Adaptação à rotina confundida com melhora	Parágrafo sobre o que se espera na saída e nos 30 dias seguintes

SÍNTESE

A síntese situacional é o documento de uma página que transforma avaliação em decisão. Seis blocos: quem é, o que aconteceu, o que sustenta e o que protege, o que está em risco agora, prioridades acordadas e lacunas. Problemas se enunciam com mecanismo; potencialidades precisam ser utilizáveis; prioridades se escrevem com verbo, objeto, prazo e responsável; e o que ficou fora precisa estar escrito. Marque relato, observação, hipótese e lacuna — é o que permite que a equipe seguinte discorde com dado em vez de recomeçar do zero. E aplique o teste do colega que nunca viu o caso: se ele não consegue dizer o que faria hoje, a síntese ainda não está pronta.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Reescreva em enunciado de problema: "uso de álcool; insônia; desemprego".
Resposta comentada: "uso noturno de álcool quase diário, sustentado por insônia crônica e por ausência de rotina de trabalho, com efeito sobre humor, sono e risco de uso de cocaína". O enunciado nomeia o que acontece (uso noturno quase diário), o que mantém (insônia, ausência de rotina) e o efeito (humor, sono, risco de cocaína) — e por isso já indica por onde intervir: sono, rotina, e não apenas "parar de beber".

2. Uma síntese termina assim: "Espera-se que o usuário se engaje no acompanhamento e desenvolva autonomia". Reescreva em duas frases operacionais, com prazo e verificação.
Resposta comentada: "Comparecimento a quatro dos cinco contatos agendados nos próximos 30 dias, com registro em prontuário; em caso de duas faltas consecutivas, contato telefônico em 48 horas (responsável: técnico de referência)." e "Definição conjunta, até 30/04, de duas decisões que ele passará a tomar sozinho no plano (horário dos contatos e escolha do grupo de apoio), registradas no PTS." As duas frases substituem expectativa por ação verificável e devolvem responsabilidade à equipe, não só à pessoa.

3. Aplique as três perguntas do teste do colega à síntese de Rafael apresentada nesta unidade e diga o que você melhoraria.
Resposta comentada: (i) "o que faria hoje?" — avaliação de risco e contato com a assistente social sobre a dívida: a síntese responde; (ii) "o que não sabe?" — as cinco lacunas estão nomeadas com responsável e prazo: responde; (iii) "o que foi descartado e por quê?" — o parágrafo do que fica fora está presente: responde. O que melhorar: explicitar a data da próxima reavaliação e o que será observado nela (por exemplo, sono, contatos com a mãe, episódios de fissura), porque a síntese indica prazos das lacunas mas não fixa o marco de reavaliação do conjunto.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Ao finalizar a síntese situacional de um caso, a equipe registra: "Paciente com histórico de recaídas, família desestruturada, boa capacidade de vínculo, necessitando de acompanhamento multidisciplinar". A revisão mais adequada dessa síntese é:

a) mantê-la, porque sintetiza o essencial em poucas linhas e é compreensível para qualquer leitor.
b) substituí-la por enunciados com dado, fonte e data, prioridades com critério e lacunas com responsável, retirando juízos como "família desestruturada".
c) ampliá-la com o histórico completo do prontuário, para que a equipe seguinte tenha todas as informações disponíveis.
d) mantê-la e acrescentar o CID, que dá objetividade ao registro e facilita a comunicação entre serviços.

Gabarito: b.
A frase tem rótulo ("família desestruturada"), afirmação sem evidência ("boa capacidade de vínculo"), indeterminação ("histórico de recaídas") e desejo sem ação ("acompanhamento multidisciplinar"). A (a) confunde brevidade com síntese: frase curta sem dado não orienta conduta. A © transforma a síntese em arquivo, que é exatamente o que ela substitui. A (d) acrescenta um dado legítimo que não resolve o problema: o CID informa o quadro clínico e não organiza prioridades, mecanismos nem lacunas.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a síntese de uma página é a sua supervisão mais barata. Três usos concretos: leia-a antes de cada sessão, para não recomeçar a conversa do zero; atualize-a a cada reavaliação, com data, em vez de acumular evoluções soltas; e use-a como base do relatório que você envia a outro profissional, com consentimento — relatório é síntese com destinatário, não cópia do prontuário.
Se você atende familiares, escreva duas sínteses separadas quando o cuidado é de duas pessoas: a do familiar que usa, se ele estiver em acompanhamento com você, e a do familiar que busca ajuda. Misturar as duas produz o efeito mais comum e mais cruel desse campo: o sofrimento de quem cuida desaparece dentro do caso de quem usa.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 16, 19 e 21.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018** — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — projeto terapêutico singular, registro e clínica ampliada.

CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

04

Construção técnica do Projeto Terapêutico Singular

6 HORAS · 6 UNIDADES

Do diagnóstico ao documento: objetivos, metas observáveis, intervenções, responsabilidades, indicadores e cronograma.

UNIDADE 4.1 · 1 H

4.1 Transformando necessidades em objetivos

Apresentação

No papel, o PTS de Rafael tinha seis objetivos: "acolher", "encaminhar ao CAPS AD", "orientar a família", "trabalhar a motivação", "fortalecer a autoestima" e "promover a reinserção social". Nenhum deles era um objetivo.

"Acolher" é o que a equipe faz para começar, não onde quer chegar. "Encaminhar ao CAPS AD" é uma providência administrativa. "Orientar a família" é uma atividade. "Trabalhar a motivação" descreve a intenção do profissional. "Fortalecer a autoestima" ninguém sabe medir, nem dizer quando terminou. "Promover a reinserção social" é o nome de um programa, não de uma mudança na vida de alguém.

Seis frases, zero objetivos. E o efeito é previsível: sem objetivo, a meta não tem onde se ancorar, a intervenção não tem a que responder, o indicador não mede nada, e a reavaliação vira uma conversa sobre impressões. Todo o restante do documento depende desta unidade.

Objetivo terapêutico é uma frase que descreve **uma mudança desejada na situação da pessoa**, construída com ela, verificável em algum grau, e que responde a uma prioridade definida no módulo anterior. É isso que esta unidade ensina a escrever.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. distinguir necessidade, objetivo, meta, intervenção e atividade, com exemplos do próprio caso;
2. escrever objetivos terapêuticos com sujeito definido, mudança observável e vínculo com uma prioridade;
3. aplicar o teste do sujeito para descobrir quando o "objetivo" descreve o trabalho do serviço e não a vida da pessoa;
4. construir objetivos com a pessoa, registrando concordâncias e divergências;
5. definir horizontes de curto, médio e longo prazo compatíveis com a situação e com o serviço.

Desenvolvimento

A cadeia: necessidade, objetivo, meta, intervenção, atividade

Cinco coisas diferentes que a rotina trata como sinônimos. A tabela abaixo usa o caso de Rafael.

Elemento	Pergunta que responde	Exemplo
Necessidade	O que falta, em termos de risco ou sofrimento?	Risco de autoagressão sem avaliação há dois anos
Objetivo	Que mudança queremos na situação da pessoa?	Rafael ser avaliado quanto ao risco e ter um plano de resposta para momentos de crise
Meta	Como saberemos que a mudança aconteceu, e até quando?	Avaliação realizada até 15/03; plano escrito com três contatos de urgência até 20/03
Intervenção	O que será feito, por quem, com que frequência?	Entrevista de avaliação de risco pelo profissional de referência; construção do plano em duas sessões
Atividade	O que a rotina do serviço oferece?	Grupo de acolhimento diário; oficina de convivência; consulta agendada

Repare no que a cadeia produz: cada elemento herda do anterior. A meta nasce do objetivo, a intervenção nasce da meta, e a atividade é o que existe no serviço para tornar a intervenção possível. Quando a cadeia se rompe — quando a atividade ocupa o lugar do objetivo —, o PTS passa a descrever a agenda da instituição, não a vida da pessoa.

O que é um objetivo terapêutico

Três exigências, e nenhuma delas é burocracia.

Primeira: o sujeito do objetivo é a pessoa, não o serviço. "Encaminhar ao CAPS AD" tem como sujeito a equipe. "Rafael ser acompanhado no CAPS AD e comparecer às duas primeiras consultas" tem como sujeito a vida dele, com uma ação da equipe embutida. A diferença parece gramatical e é decisiva: no primeiro caso, a equipe pode "cumprir" o objetivo sem que nada mude para Rafael — basta enviar o encaminhamento.

Segunda: a mudança precisa ser observável, ainda que por autorrelato. "Reduzir o uso de cocaína e crack, com registro semanal do que aconteceu" é observável. "Ressignificar a relação com a substância" não é — e quando a equipe escreve algo assim, cada profissional entende uma coisa, e nenhum pode ser contestado.

Terceira: o objetivo responde a uma prioridade acordada. Se a prioridade é risco de autoagressão, o objetivo trata disso. Um objetivo que não se conecta a nenhuma prioridade é, no melhor caso, uma boa ideia para depois; no pior, uma preferência do profissional que entrou pela porta dos fundos.

Um objetivo bem escrito cabe em uma frase e tem quatro partes: **quem** (a pessoa, nomeada), **o que muda** (estado, comportamento, situação), **em relação a quê** (o problema nomeado), **com que referência de tempo ou condição** (prazo ou marco). Exemplo: "Rafael passa a ter, até 20/03, um plano escrito de resposta à fissura noturna, com três contatos de urgência e horários definidos, construído com ele".

O teste do sujeito

Quando estiver em dúvida, faça a pergunta: **quem muda quando este objetivo é alcançado?** Se a resposta for "o serviço", "a equipe" ou "a família", provavelmente você escreveu uma atividade ou uma providência.

Frase	Quem muda	Veredito	Reescrita possível
Encaminhar ao CAPS AD	A equipe (envia o encaminhamento)	Atividade	"Rafael é avaliado no CAPS AD e comparece às duas primeiras consultas"
Orientar a família sobre fissura	A equipe (fala)	Atividade	"Dona Sônia passa a identificar sinais de fissura e a acionar a equipe em vez de pagar dívidas"
Trabalhar a motivação	O profissional (tenta)	Intenção	"Rafael nomeia, em suas palavras, dois motivos para reduzir o uso e um motivo que ainda não está resolvido"
Fortalecer a autoestima	Ninguém sabe	Intenção vaga	"Rafael retoma contato com o antigo encarregado e comparece a uma entrevista de trabalho"
Promover reinserção social	O programa	Vago	"Rafael trabalha pelo menos 10 dias no mês, com registro combinado"

O teste tem uma consequência incômoda e útil: muitos "objetivos" de PTS são, na verdade, tarefas da equipe. Isso não os torna inúteis — torna-os **atividades**, e o lugar deles é dentro de uma intervenção, não no campo de objetivos.

Objetivos construídos com a pessoa

O PTS não é um documento sobre alguém; é um documento com alguém. Isso muda o modo de escrever objetivos, e muda mais ainda o modo de chegar até eles.

Quatro movimentos que funcionam na prática:

1. Devolva a síntese em linguagem comum. "Eu entendi isso: você quer parar com a cocaína e o crack, quer resolver a dívida, quer voltar a trabalhar e ver o seu filho. E a gente identificou duas coisas que precisam de resposta rápida: o risco de você se machucar e a pressão da dívida. Está certo?" A devolutiva é o momento em que a pessoa corrige a equipe — e é comum que corrija.

2. Pergunte o que ela colocaria primeiro. Não como cortesia: como informação. A ordem que a pessoa propõe diz o que ela vai sustentar. Se a ordem dela for incompatível com o risco, diga isso e negocie, em vez de sobrepor.

3. Escreva o objetivo na frente dela e leia em voz alta. "Vou escrever assim: 'Rafael reduz o uso de cocaína e crack, com plano para a fissura noturna'. É isso ou está faltando algo?" Objetivo que a pessoa não reconhece quando ouve não é objetivo compartilhado; é texto técnico.

4. Registre a divergência quando houver. "Objetivo acordado: interrupção do uso de cocaína e crack. Divergência registrada: Rafael não inclui o álcool; equipe considera relevante. Tema retomado em 60 dias." Esse registro protege a pessoa de ser acusada de omitir e protege a equipe de fingir que concordou.

Curto, médio e longo prazo

Todo PTS precisa de objetivos em horizontes diferentes, porque as pessoas mudam em ritmos diferentes e porque o serviço precisa mostrar resultado antes de o resultado maior existir.

Horizonte	Prazo típico	Que tipo de objetivo cabe	Exemplo (Rafael)
Curto	7 a 30 dias	Segurança, vínculo, resposta a risco, primeiros passos	Avaliação de risco; plano de fissura; conversa sobre a dívida
Médio	30 a 90 dias	Mudança de padrão, articulação de rede, retomada de rotina	30 dias sem cocaína e crack; contato telefônico com o filho; retorno ao trabalho
Longo	90 a 180 dias	Reorganização de vida, projeto, sustentação da mudança	Trabalho regular há três meses; visita ao filho; revisão do padrão de álcool

Dois erros simétricos aqui. O primeiro é só ter objetivos de longo prazo: a equipe trabalha meses sem nenhum marco, e a pessoa não vê progresso — o que, em dependência química, é combustível para abandono. O segundo é só ter objetivos de curto prazo: o projeto vira uma sequência de pequenas tarefas e nunca chega à vida da pessoa. O PTS precisa dos três, e o de curto prazo é o que sustenta a permanência.

Objetivos possíveis: abstinência, redução e redução de danos

A escolha do objetivo terapêutico é decisão compartilhada, e há mais de um caminho legítimo.

Abstinência é indicada quando há risco clínico que a sustenta (por exemplo, agravos associados ao uso), quando a própria pessoa a escolhe, ou quando o padrão de uso torna outras metas inviáveis no momento. Não é exigência moral e não deve ser condição de acesso ao cuidado.

Redução de uso é objetivo legítimo quando a pessoa não quer parar e há espaço para diminuir frequência, quantidade ou contexto de risco. Exige critério: o que conta como redução, medida como, em quanto tempo — senão vira ausência de plano.

Redução de danos é objetivo legítimo quando a abstinência não é possível agora, e o foco passa a ser diminuir consequências: evitar compartilhar instrumentos, reduzir overdose, tratar infecções, garantir

moradia e vínculo. Antônio, o usuário em situação de rua do caso complementar, ilustra: o objetivo inicial não é parar, é dormir, comer, tratar e manter contato com alguém que não desapareça.

O que não é legítimo é confundir a escolha do objetivo com a expectativa da equipe. "Ele disse que quer reduzir, mas nós sabemos que precisa parar" é uma frase que aparece em reuniões e produz planos que a pessoa não cumpre — e cujo fracasso será atribuído a ela.

EXEMPLO APLICADO

As três prioridades de Rafael (Módulo 3) viram quatro objetivos. Note que dois são clínicos e dois são os que ele nomeia.

Prioridade	Objetivo terapêutico	Horizonte
Risco de autoagressão	Rafael é avaliado quanto ao risco de autoagressão e passa a ter um plano escrito de resposta para momentos de crise, com três contatos de urgência, construído com ele	Curto (até 20/03)
Risco associado à dívida	Rafael e Dona Sônia conversam sobre a dívida com apoio da assistente social, e a família passa a ter um encaminhamento definido para a negociação, sem novos empréstimos	Curto/médio (até 15/04)
Padrão de uso de cocaína e crack	Rafael interrompe o uso de cocaína e crack, com plano de resposta à fissura noturna e registro semanal acordado	Médio (30 dias, com reavaliação)
Trabalho e vínculo com o filho (motores de mudança)	Rafael retoma contato com o antigo encarregado e realiza duas ligações ao filho, com mediação da mãe	Médio/longo (60 a 90 dias)

O que ficou de fora, e por quê: "fortalecer a autoestima" (não observável, e provavelmente um efeito das ações acima, não um objetivo); "orientar a família" (atividade, que aparece como intervenção dentro do segundo objetivo); "conscientizar sobre os riscos do álcool" (intenção da equipe sem concordância dele — tema registrado como divergência, com retomada em 60 dias); "promover reinserção social" (nome de programa; substituído pelos objetivos de trabalho).

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Cinco frases chegaram como "objetivos" de um PTS. Classifique cada uma e reescreva o que for necessário.

A. "Encaminhar para avaliação psiquiátrica."
B. "Reduzir o uso de álcool de diário para até dois dias por semana, com registro semanal, em 60

dias."
C. "Conscientizar a família sobre a doença."
D. "Melhorar a adesão ao tratamento."
E. "J. retoma a frequência escolar e conclui o semestre, com apoio da escola e da mãe."

Resolução comentada. A é atividade administrativa: como objetivo, seria "Rafael é avaliado por psiquiatra e comparece à consulta de retorno, com relatório compartilhado com a equipe". B é objetivo bem formulado — tem sujeito, mudança observável, prazo e forma de registro —, desde que a pessoa tenha concordado com a redução como objetivo. C é atividade e contém um juízo ("a doença"): reescreva como "a família passa a identificar sinais de fissura e a acionar a equipe" ou, se o problema é a sobrecarga, "Dona Sônia passa a ter um espaço de escuta próprio e a não assumir novas dívidas". D é intenção da equipe disfarçada de objetivo: adesão é resultado de várias coisas, e "melhorar" não é observável — troque por comportamento ("comparece a quatro dos cinco contatos agendados"). E é objetivo adequado, com sujeito, mudança e apoio nomeado; falta apenas o prazo.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Objetivo escrito como atividade do serviço	A equipe "cumpre" o objetivo sem mudança na vida da pessoa	Teste do sujeito; reescrever com a pessoa como sujeito
Objetivo vago ("fortalecer", "conscientizar", "ressignificar")	Cada profissional entende uma coisa; nada é verificável	Trocar por comportamento ou situação observável
Objetivo sem vínculo com prioridade	O plano cresce por acumulação de boas ideias	Um objetivo por prioridade; o resto vai para "a considerar"
Objetivo definido só pela equipe	Baixa adesão; fracasso atribuído à pessoa	Devolutiva, pergunta de ordem, leitura em voz alta, registro de divergência
Só objetivos de longo prazo	Meses sem marco visível; abandono	Incluir objetivos de curto prazo que sustentem a permanência
Abstinência como condição de acesso	Exclusão de quem não quer parar agora	Objetivo compartilhado; redução e redução de danos como possibilidades legítimas
Objetivo que depende de terceiro que não concordou	Meta impossível, frustração	Nomear a dependência e incluir a ação de quem articula

SÍNTESE

Necessidade, objetivo, meta, intervenção e atividade são cinco coisas diferentes, e o PTS se desmonta quando elas se confundem. Objetivo terapêutico descreve uma mudança na situação da pessoa — com ela como sujeito, com mudança observável e com vínculo explícito a uma prioridade. Use o teste do sujeito para descobrir quando você escreveu uma tarefa da equipe. Construa o objetivo com a pessoa: devolva a síntese, pergunte a ordem dela, leia em voz alta, registre divergências. Distribua os objetivos em curto, médio e longo prazo. E lembre que abstinência, redução e redução de danos são caminhos legítimos — o que não é legítimo é chamar de objetivo compartilhado aquilo que só a equipe quer.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Reescreva como objetivo terapêutico: "trabalhar a fissura com o paciente".
Resposta comentada: "Rafael identifica, em duas sessões, três situações de risco de fissura (horário, companhia e estado emocional) e define, com a equipe, uma resposta para cada uma, registrada por escrito até 20/03". A reescrita troca a intenção do profissional por uma mudança observável — o que ele passa a saber fazer — e acrescenta prazo e forma de verificação.

2. Um PTS tem como objetivo "que a família entenda que o uso é uma doença e pare de cobrar". Aponte dois problemas e proponha uma reescrita que preserve a preocupação legítima da equipe.
Resposta comentada: problemas: (i) o sujeito do objetivo é a família, e a mudança pretendida é de opinião, não observável — "entender" não se verifica; (ii) "pare de cobrar" é juízo sobre comportamento alheio, sem acordo registrado, e tende a produzir aliança contra a pessoa. Reescrita possível: "Dona Sônia passa a ter informação escrita sobre fissura e sobre o que fazer à noite, e a equipe combina com ela duas situações em que ela não assume dívidas, com revisão em 30 dias". A preocupação com a sobrecarga e com a escalada de conflitos permanece; o que muda é que o objetivo passa a ser verificável e negociado com quem o executa.

3. Escolha um dos objetivos de Rafael e escreva três versões: uma para o documento, uma para dizer a ele em voz alta, e uma para a família. Diga o que muda entre elas.
Resposta comentada: documento: "Rafael interrompe o uso de cocaína e crack, com plano de resposta à fissura noturna e registro semanal acordado, reavaliado em 30 dias". Para ele: "a gente combinou que você vai tentar ficar esses 30 dias sem cocaína e sem crack, e que, quando a fissura vier à noite, você tem três coisas para fazer e três pessoas para ligar — e a gente revê isso daqui a um mês". Para a família: "nos próximos 30 dias, o plano é que ele fique sem cocaína e sem crack; quando a vontade vier, ele tem um combinado com a equipe. O que ajuda é não pagar dívida nova e avisar a equipe quando ele sumir". O que muda é a linguagem, o nível de detalhe e o que se pede de cada interlocutor — não o objetivo.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um PTS registra como objetivo: "encaminhar o usuário ao serviço especializado e garantir a continuidade do cuidado". A crítica mais adequada, segundo o que você estudou sobre construção de objetivos, é:

a) o objetivo está correto, porque continuidade do cuidado é finalidade legítima de um PTS e o encaminhamento é o meio adequado.
b) o objetivo descreve uma atividade da equipe, sem sujeito na vida da pessoa nem mudança observável; deveria ser reescrito como mudança na situação do usuário, com o encaminhamento aparecendo como intervenção.
c) o objetivo é inadequado apenas porque não tem prazo; acrescentando uma data, passa a atender aos critérios.
d) o objetivo é aceitável porque encaminhamento é uma ação verificável: ou o documento foi enviado, ou não foi.

Gabarito: b.
Aplicando o teste do sujeito, quem muda é a equipe — ela envia o encaminhamento — e nada garante que algo mude para a pessoa. (a) confunde meio com fim: continuidade é finalidade, mas precisa ser descrita como situação da pessoa. © corrige a forma e mantém o problema de fundo. (d) reconhece a verificabilidade da ação e erra o alvo: verificar que o documento foi enviado não é verificar que o cuidado continuou.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o objetivo é o que separa um acompanhamento de uma conversa semanal. Duas providências: escreva de um a três objetivos por caso, com prazo, e leia-os para a pessoa no início de cada bloco de sessões — "nós combinamos isso; está valendo ainda?". Objetivos que ninguém relê morrem em silêncio. Em atendimento de codependência familiar, o objetivo costuma chegar formulado sobre outra pessoa ("quero que ele pare de usar"); o trabalho é traduzir para a vida de quem está na sua frente: "o que você quer poder fazer, sentir ou decidir, independentemente do que ele fizer?" — e daí sai um objetivo que ela pode cumprir, com ou sem a mudança do outro.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — projeto terapêutico singular e construção compartilhada de objetivos.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 16 e 19.
CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.
MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: helping people change**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2012.

UNIDADE 4.2 · 1 H

4.2 Construção de metas mensuráveis

Apresentação

"Manter-se abstinente." "Participar das atividades da casa." "Melhorar o sono." "Engajar-se no tratamento." Quatro frases que aparecem em quase todo PTS e que não permitem responder a uma pergunta simples: **até quando, e como vamos saber?**

Sem essa resposta, três coisas acontecem. A equipe não sabe se está funcionando. A pessoa não sabe o que se espera dela — e, na prática, entende que se espera tudo, sempre. E a reavaliação, que deveria comparar o previsto com o ocorrido, vira julgamento de impressão: "ele está melhor", "ele não se esforçou".

Meta é o elemento do PTS que transforma objetivo em compromisso verificável. Não é burocracia de gestão: é o que permite que uma pessoa em situação de vulnerabilidade saiba exatamente o que está combinado, e o que permite que uma equipe cansada saiba onde olhar na semana seguinte.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. reconhecer frases que parecem metas e não são, indicando o que falta em cada uma;
2. escrever metas com indicador, prazo, fonte de verificação e responsável pela verificação;
3. aplicar os critérios de especificidade, observabilidade, alcançabilidade, relevância e prazo sem transformá-los em fórmula rígida;
4. distinguir metas de processo e de resultado, e usá-las de forma complementar;
5. ajustar metas não cumpridas sem transformar o ajuste em culpa.

Desenvolvimento

O que faz uma meta ser meta

Cinco elementos. Se faltar um, a frase ainda é intenção.

Elemento	Pergunta	Exemplo ruim	Exemplo adequado
Mudança	O que muda?	"melhorar o sono"	"dormir pelo menos seis horas em cinco noites por semana"
Indicador	Como se sabe?	"melhorar o sono"	"registro semanal de horário de dormir e de despertar"

Elemento	Pergunta	Exemplo ruim	Exemplo adequado
Prazo	Até quando?	"ao longo do tratamento"	"em 30 dias, com revisão em 15/04"
Fonte	Quem informa?	(não dito)	"autorrelato de Rafael, anotado no atendimento semanal"
Responsável pela verificação	Quem confere?	(não dito)	"técnico de referência, no contato de quarta-feira"

A fonte é o elemento mais esquecido e o mais importante em dependência química. Em boa parte dos casos, o único dado disponível é autorrelato — e isso não é um defeito, desde que esteja declarado. "Trinta dias sem cocaína, segundo relato de Rafael, com dois contatos telefônicos de verificação" é uma meta honesta. "Trinta dias sem cocaína" é uma afirmação que a equipe não tem como sustentar.

SMART: utilidade e limites

A sigla mais difundida organiza metas como específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais. Ela vem da gestão (a formulação original é de 1981, para objetivos de planejamento) e foi incorporada à clínica por utilidade prática. Vale usar — com três ressalvas.

Ressalva 1: clínica não é linha de produção. Metas de gestão medem produtividade; metas clínicas medem mudanças em vidas que têm descontinuidades, recaídas, lutos, despejos. Aplicar SMART com rigidez produz planos elegantes e pessoas em falta.

Ressalva 2: nem todo objetivo importante é mensurável no curto prazo. "Reconstruir a relação com o filho" não se mede em 30 dias. O caminho é decompor: metas intermediárias observáveis (duas ligações, uma visita acompanhada) que, somadas, apontam para o objetivo maior.

Ressalva 3: a sigla não diz nada sobre concordância. Uma meta pode ser específica, mensurável, alcançável, relevante e temporal — e ter sido decidida sem a pessoa. Nesse caso, ela é tecnicamente perfeita e clinicamente inviável.

Especificidade e observabilidade

Especificidade é responder "o quê, em que quantidade, em que contexto". Observabilidade é responder "como eu vejo isso".

Vago	Específico e observável
"reduzir o uso"	"passar de uso diário para até dois dias por semana, nos últimos 14 dias"
"participar mais"	"comparecer a quatro dos cinco grupos semanais"
"cuidar da saúde"	"comparecer à consulta clínica e realizar os exames solicitados até 30/04"

Vago	Específico e observável
"aproximar-se da família"	"realizar duas ligações ao filho, com mediação da mãe, em 60 dias"

Um critério prático: se duas pessoas da equipe, lendo a meta, não chegarem à mesma conclusão sobre se ela foi cumprida, a meta não está observável. Teste isso antes de fechar o documento — é rápido e evita meses de desentendimento.

Alcançabilidade: calibragem, não complacência

Meta inalcançável desmoraliza; meta trivial não muda nada. A calibragem depende de três informações: o que a pessoa já conseguiu antes, o que o serviço pode oferecer, e o que a situação atual permite.

No caso de Rafael, "30 dias sem cocaína e crack" é uma meta calibrada: ele já ficou três meses sem uso em 2024, o que mostra que é possível; e o plano inclui resposta à fissura, o que mostra que não é apenas desejo. Já "seis meses sem uso, com retorno ao trabalho formal e visita semanal ao filho" seria uma meta de 180 dias, não de 30 — e, apresentada como meta inicial, funcionaria como prova de fracasso.

Há um detalhe de linguagem que muda o efeito clínico: **metas de contagem de dias devem ser escritas de modo que um lapso não apague o processo.** "30 dias sem uso" transforma qualquer uso em zero. "Permanecer sem uso por 30 dias, registrando qualquer episódio e acionando a equipe em caso de fissura" permite que um episódio seja tratado como informação — e é isso que a literatura sobre prevenção de recaída descreve: o episódio não é o fim, é o ponto em que a resposta da equipe decide o rumo.

Relevância: a meta tem que importar para quem a cumpre

Uma meta relevante se conecta a uma prioridade acordada e a algo que a pessoa valoriza. "Frequentar o grupo de habilidades sociais" pode ser útil e, se não se conecta a nada que Rafael queira, será a primeira a ser abandonada.

Há um teste rápido: **peça à pessoa para explicar, com as palavras dela, por que essa meta existe.** Se ela não conseguir, a meta é da equipe. Isso não significa retirá-la — significa explicá-la melhor, ou negociar outra versão.

Temporalidade: prazos que caibam na vida

Prazos precisam considerar três coisas: o tempo clínico (quanto leva para um quadro melhorar), o tempo do serviço (agenda, fila, disponibilidade) e o tempo da pessoa (trabalho, transporte, filhos, dívida).

Horizonte	Prazo	Uso típico
Imediato	24 a 72 horas	Segurança: avaliação de risco, plano de crise, contato de urgência

Horizonte	Prazo	Uso típico
Curto	7 a 30 dias	Vínculo, primeiros passos, articulação inicial de rede
Médio	30 a 90 dias	Mudança de padrão, retomada de rotina, contatos familiares
Longo	90 a 180 dias	Reorganização de vida, sustentação, projeto

Prazos muito curtos para mudanças complexas produzem fracasso; prazos muito longos para riscos produzem exposição. O erro mais comum em PTS de clínica de reabilitação é o oposto do que se imagina: não é prazo curto demais — é prazo **ausente**, com a meta valendo "durante o tratamento", o que na prática significa nunca.

Metas de processo e metas de resultado

As duas são necessárias, e a distinção evita duas armadilhas.

Meta de resultado descreve a mudança final: dias sem uso, retorno ao trabalho, contato com o filho. Depende de muitas variáveis e, às vezes, de fatores fora do alcance da equipe.

Meta de processo descreve o que precisa acontecer para o resultado ser possível: comparecimento, realização de exames, construção do plano de fissura, contato com a rede. Depende mais diretamente do que a equipe e a pessoa fazem.

Quando o resultado não vem, metas de processo mostram se o plano foi executado — e essa informação muda a conduta. Se o processo ocorreu e o resultado não veio, o problema é a intervenção. Se o processo não ocorreu, o problema é a factibilidade, o vínculo ou a prioridade. Sem metas de processo, a equipe só tem o resultado, e o resultado, sozinho, sempre parece culpa da pessoa.

Metas que dependem de terceiros

Boa parte das metas reais depende de alguém que não está na sala: a ex-companheira que autoriza o contato com o filho, o psiquiatra que tem fila, o encarregado que oferece a vaga, o agiota que aceita negociar.

Escreva a dependência na meta, com nome e prazo da articulação:

> "Realizar duas ligações ao filho em 60 dias, **condicionada à concordância da ex-companheira**, a ser buscada pela assistente social até 30/03. Se não houver concordância, a meta é reformulada em 30 dias."

Esse formato faz duas coisas: impede que o fracasso recaia sobre a pessoa e obriga a equipe a nomear quem articula. Meta que depende de terceiro e não diz isso é uma armadilha para todos.

Ajustar sem culpar

Metas não cumpridas são informação, não veredito. O procedimento tem quatro passos.

1. **Verifique o dado antes da conclusão.** A pessoa faltou ou o serviço cancelou? O contato não aconteceu ou o telefone mudou?
2. **Pergunte o que aconteceu, com curiosidade e não com acusação.** "O que dificultou?" rende mais que "por que você não veio?".
3. **Reclassifique o problema.** Se a meta era inalcançável, o erro é do plano. Se houve mudança de prioridade na vida da pessoa (despejo, morte, dívida), o plano precisa mudar. Se houve lapso, o plano de resposta é que precisa ser revisto.
4. **Registre o ajuste com data e justificativa.** "Meta 2 reformulada em 15/04: de 30 para 60 dias, porque a mediação com a ex-companheira não foi concluída até 30/03. Dependência registrada, não fracasso de Rafael."

O quarto passo é o que separa um PTS vivo de um documento que só serve para cobrar.

EXEMPLO APLICADO

Metas de Rafael, com indicador, prazo, fonte e responsável.

Objetivo	Meta	Prazo	Indicador e fonte	Responsável pela verificação
Avaliação de risco e plano de crise	Comparecer à avaliação e ter plano escrito com três contatos de urgência	7 e 15 dias	registro no prontuário; plano assinado por ele	profissional de referência
Resposta à dívida	Conversa com a mãe realizada, com encaminhamento definido para negociação, sem novos empréstimos	30 dias	registro da conversa; relato de Dona Sônia	assistente social
Interrupção do uso de cocaína e crack	Permanecer 30 dias sem uso, registrando episódios e acionando a equipe em caso de fissura	30 dias	autorrelato semanal + dois contatos telefônicos de verificação	técnico de referência
Retomada de vínculos e trabalho	Duas ligações ao filho, com mediação da mãe; contato com o antigo encarregado	60 dias	relato registrado; confirmação do contato, se autorizada	equipe de referência

Objetivo	Meta	Prazo	Indicador e fonte	Responsável pela verificação
Sono e uso noturno de álcool	Dormir antes de 1h em quatro noites por semana	45 dias	registro semanal simples (horário de dormir)	técnico de referência

Observe três decisões embutidas. A primeira: as metas de curto prazo são de **processo** (comparecer, conversar, construir plano), porque são elas que tornam o resultado possível. A segunda: a meta de uso não é "nunca mais usar", é "30 dias, com registro e acionamento" — o que permite tratar um episódio como informação. A terceira: a meta de sono é do próprio Rafael, formulada por ele ("não quero mais dormir às cinco"), e é o que sustenta a redução do álcool noturno sem que a equipe precise impor o tema.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Quatro metas chegaram para revisão. Corrija o que for necessário e diga qual delas você recusaria.

A. "Não usar nenhuma substância durante todo o tratamento."
B. "Comparecer a 80% dos atendimentos agendados nos próximos 60 dias."
C. "Melhorar o relacionamento familiar, com apoio da equipe."
D. "Realizar a consulta psiquiátrica até 21/03 e levar o relatório da avaliação de risco, com autorização do usuário."

Resolução comentada. A é uma meta de resultado sem prazo verificável ("todo o tratamento"), sem indicador e sem tratamento do lapso — na prática, transforma qualquer episódio em fracasso total e desencoraja o registro honesto. Correção: "permanecer sem uso de cocaína e crack por 30 dias, registrando episódios e acionando a equipe em caso de fissura, com reavaliação em 30 dias". B é adequada como meta de processo: tem indicador, prazo e é verificável na agenda do serviço; falta apenas declarar a fonte (registro de presença) e o responsável pela conferência. C é vaga e tem sujeito difuso ("relacionamento familiar"): reescrever como comportamento observável com quem, quando e como — por exemplo, "duas ligações ao filho com mediação da mãe em 60 dias". D é adequada e bem construída, com prazo, indicador e cuidado ético no transporte de informação. A meta a recusar é a C, não por ser ambiciosa, mas por não ser verificável: ninguém saberá dizer se foi cumprida, e a discussão sobre ela será sempre sobre impressões.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Meta sem prazo ("durante o tratamento")	Nunca se sabe se foi cumprida	Data ou marco explícito
Meta sem fonte declarada	Autorrelato tratado como fato, ou descartado como mentira	Declarar a fonte: relato, observação, registro, terceiro
Meta tudo-ou-nada	Um lapso apaga o processo e desencoraja o registro	Escrever a meta com registro de episódios e resposta combinada
Meta inalcançável apresentada como inicial	Fracasso programado; desmoralização	Calibrar por histórico, recursos e situação; usar metas intermediárias
Meta irrelevante para a pessoa	Abandono silencioso	Teste da explicação com as palavras dela
Só metas de resultado	Quando o resultado não vem, não se sabe por quê	Incluir metas de processo
Meta que depende de terceiro sem dizer	Culpa recai sobre a pessoa	Nomear a dependência e a articulação, com prazo
Ajuste feito sem registro	Parece complacência ou esquecimento	Registro datado com justificativa

SÍNTESE

Meta é o que torna o objetivo verificável: mudança, indicador, prazo, fonte e responsável pela verificação. SMART ajuda e não é dogma — a clínica tem descontinuidades e a sigla não diz nada sobre concordância. Seja específico e observável (duas pessoas devem chegar à mesma conclusão), calibre a ambição pelo histórico e pelos recursos, e verifique a relevância pedindo que a pessoa explique a meta com as próprias palavras. Combine metas de processo e de resultado, nomeie as dependências de terceiros e escreva metas de uso de modo que um lapso seja informação, não sentença. E ajuste com registro: meta não cumprida é dado sobre o plano antes de ser dado sobre a pessoa.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Transforme "reduzir o uso de álcool" em duas metas: uma de processo e uma de resultado. Resposta comentada: resultado: "passar de uso quase diário para até dois dias por semana, nos úl-

timos 14 dias, com registro semanal, em 60 dias". processo: "registrar, em cada atendimento semanal, quantos dias bebeu e o que aconteceu nas noites em que bebeu, com o técnico de referência, nas próximas 8 semanas". A meta de processo não depende de a redução acontecer: depende de o registro existir — e é ele que permite saber se a intervenção está funcionando.

2. Uma equipe escreveu: "usuário deverá permanecer abstinente por seis meses; em caso de recaída, reiniciará o tratamento do zero". Aponte dois problemas clínicos e reescreva.
Resposta comentada: problemas: (i) prazo e exigência incompatíveis com o histórico e com o estágio de mudança, o que transforma a meta em prova; (ii) a regra de "reiniciar do zero" pune o registro honesto de um episódio e ensina a pessoa a esconder o uso — exatamente o oposto do que protege quem está em risco. Reescrita: "permanecer sem uso de cocaína e crack por 30 dias, com registro semanal e acionamento da equipe em caso de fissura ou episódio; episódios serão analisados em conjunto, com revisão do plano de resposta, sem reinício de contagem do vínculo".

3. Escolha uma meta do seu contexto de trabalho (real ou fictícia) que nunca é cumprida. Aplique os quatro passos do ajuste e escreva o registro que ficaria no PTS.
Resposta comentada: um exemplo típico: "comparecer ao grupo semanal". Passo 1: verificar se o grupo ocorreu nos horários previstos e se o transporte funcionou. Passo 2: perguntar o que dificultou, sem acusação. Passo 3: reclassificar — se a pessoa trabalha no horário do grupo, a meta era incompatível com a vida dela, e o erro é do plano. Passo 4: registro: "Meta reformulada em 12/04: de comparecimento ao grupo das 14h para atendimento individual quinzenal às 18h, porque o usuário iniciou trabalho diurno em 01/04. Grupo mantido como opcional. Revisão em 12/06." O registro mostra que a equipe ajustou o plano ao dado, e não que a pessoa falhou.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma equipe registra a meta "usuário permanecerá abstinente durante todo o tratamento, sem recaídas". A revisão mais adequada é:

a) manter a meta, porque abstinência é o objetivo terapêutico mais frequente e a meta apenas o traduz.
b) manter a meta e acrescentar a informação de que recaídas serão registradas em prontuário, para responsabilização.
c) substituí-la por meta com prazo definido, indicador declarado, fonte de verificação e tratamento do episódio como informação a ser analisada com a pessoa.
d) substituí-la por "reduzir o uso", que é mais realista e não expõe a pessoa ao fracasso.

Gabarito: c.
O problema não é o objetivo (abstinência é legítimo), é a formulação: sem prazo, sem indicador, sem fonte e com recaída tratada como falta. (a) confunde objetivo com meta. (b) acrescenta controle sem resolver a verificabilidade, e responsabilização não é indicador. (d) troca a decisão compartilhada por uma escolha da equipe: redução é legítima quando acordada, não como substituto automático do que a pessoa quer.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, metas cumprem uma função específica: dar fim a um bloco de trabalho. Sem meta, a análise se prolonga e a pessoa não experimenta mudança. Duas regras práticas: no máximo três metas por vez, todas com data de revisão; e uma meta por vez deve ser de processo — algo que dependa dela e do seu apoio, não de terceiros. Se você atende familiares, cuidado com metas formuladas sobre o comportamento de outra pessoa: "não pagar mais as dívidas dele" é uma meta possível; "fazer ele parar de usar" não é uma meta dela, e tratá-la como tal produz fracasso e culpa.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

DORAN, G. T. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. **Management Review**, v. 70, n. 11, p. 35-36, 1981.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (org.). **Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York: Guilford Press, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 16 e 21.

UNIDADE 4.3 · 1 H

4.3 Definição das intervenções

Apresentação

O PTS de um residente de comunidade terapêutica listava onze intervenções: "acolhimento", "grupo de partilha", "oficina de artesanato", "culto", "atendimento individual", "visita familiar", "acompanhamento com a assistente social", "encaminhamento ao CAPS", "atividade física", "escala de limpeza" e "reunião de equipe". Nenhuma tinha frequência, responsável ou resultado esperado. Três delas não eram intervenções: eram rotina da casa.

A lista parecia completa e não dizia o que fazer quando a fissura chegasse na terça à noite. Esse é o teste: uma intervenção é uma ação deliberada, com finalidade declarada, ligada a um objetivo, com responsável e frequência, e com um resultado esperado que se possa observar. O que não tem isso pode ser boa prática, pode ser convivência, pode ser obrigação sanitária — e não é intervenção de PTS.

Esta unidade ensina a escrever intervenções que alguém consegue executar na semana seguinte, e a distinguir o que é terapêutico do que é apenas institucional.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. descrever uma intervenção com os seis campos que a tornam executável;
2. distinguir atividade institucional de intervenção terapêutica, com exemplos de confusão;
3. verificar se cada intervenção responde a um objetivo e a uma meta;
4. escolher modalidade e intensidade compatíveis com a fase do tratamento e com a vida da pessoa;
5. reconhecer intervenções iatrogênicas e intervenções fora do escopo da sua atuação.

Desenvolvimento

Os seis campos da intervenção

Uma intervenção utilizável responde a seis perguntas. Se alguma ficar em branco, ela não vai acontecer — ou vai acontecer de um jeito que ninguém consegue avaliar.

Campo	Pergunta	Exemplo
O quê	Qual é a ação?	Construção do plano de resposta à fissura

Campo	Pergunta	Exemplo
Por quê	A que objetivo e a que necessidade responde?	Interrupção do uso de cocaína e crack; fissura noturna como contexto de risco
Como	Com que método, em que formato?	Duas sessões individuais com mapa de situações de risco e definição de três respostas e três contatos
Frequência e duração	Quantas vezes, por quanto tempo?	Duas sessões de 50 minutos na primeira quinzena; revisão mensal
Recursos e condições	Quem executa, com que meios, sob que condições?	Técnico de referência, sala reservada, telefone do plantão disponível à noite
Resultado esperado	O que se espera observar?	Plano escrito, com respostas e contatos, reconhecido por Rafael em suas palavras

A tabela parece detalhada e é o mínimo. Sem "como", a intervenção é um título; sem frequência, ela compete com tudo o mais e perde; sem recursos, ela depende de heroísmo; sem resultado esperado, não há como saber se funcionou.

Atividade institucional não é intervenção terapêutica

Toda instituição tem rotina: horários, refeições, grupos, oficinas, culto, limpeza, visitas. A rotina é necessária, e a RDC 29/2011 exige programação e acompanhamento — isso é obrigação sanitária, não escolha de método.

A confusão começa quando a rotina recebe o selo de "terapêutico" sem que ninguém defina finalidade, método e avaliação. Cinco exemplos frequentes:

O que se diz	O que é de fato	O que falta para virar intervenção
"A oficina de artesanato é terapêutica"	Ocupação, convivência, produção	Finalidade declarada (por exemplo, tolerância à frustração, atenção sustentada), método, registro de evolução, articulação com um objetivo
"O culto faz parte do tratamento"	Prática religiosa, legítima e de adesão voluntária	Consentimento explícito, ausência de sanção por não participar, distinção entre espiritualidade e técnica
"A escala de limpeza ensina responsabilidade"	Organização da casa	Objetivo formulado (rotina, cuidado com o espaço), critério de avaliação, e cuidado para não usar a escala como punição
"A reunião de equipe é uma intervenção com o residente"	Instrumento de gestão do caso	Presença e participação da pessoa, se for o caso, com finalidade clínica declarada

O que se diz	O que é de fato	O que falta para virar intervenção
"A visita familiar é terapêutica"	Direito e vínculo	Preparação, mediação, registro do que aconteceu e do que mudou

Nada disso significa desqualificar a rotina. Significa que o PTS não pode depender dela para parecer completo. Uma instituição com boa rotina e sem intervenção definida oferece convivência — o que é muito — e não oferece tratamento direcionado.

Cada intervenção responde a um objetivo

A regra é simples e revela problemas rapidamente: para cada intervenção, aponte o objetivo e a meta a que ela serve. Se não houver, a intervenção é órfã.

Intervenções órfãs são comuns e têm três origens: a tradição da casa ("sempre fizemos"), a disponibilidade do profissional ("é o que eu sei fazer"), e a boa ideia ("seria bom que ele fizesse música"). Nenhuma das três é motivo suficiente. Uma intervenção sem objetivo consome tempo de equipe, cria expectativa na pessoa e, quando não produz efeito, é abandonada sem que ninguém entenda por quê.

Há uma exceção legítima: intervenções de **baixo custo e alto valor relacional** — uma conversa, um café, um acompanhamento à porta — que não precisam constar do documento como intervenção, mas sustentam tudo o que está escrito. O PTS não é um contrato que proíbe humanidade; é um documento que organiza o que se pretende.

Escolha de modalidade

As modalidades disponíveis em clínica de reabilitação, comunidade terapêutica e consultório são poucas e conhecidas. O que muda é a indicação.

Modalidade	Indicação típica	Limite
Atendimento individual	Avaliação, plano de fissura, temas que exigem privacidade, vínculo de referência	Depende de disponibilidade de profissional; não substitui convivência
Grupo terapêutico	Identificação com pares, treino de habilidades, manejo de fissura em contexto social	Não serve para quem está em crise aguda ou não tolera exposição
Trabalho com família	Sobrecarga do cuidador, comunicação, combinados, prevenção de escalada	Exige consentimento; não pode transformar a família em vigilante
Tratamento medicamentoso	Quadros que exigem avaliação e prescrição	Fora do escopo de quem não prescreve: articulação, não conduta
Trabalho, estudo, ocupação	Reinserção, rotina, renda, identidade	Precisa ser compatível com a fase; não é prêmio por bom comportamento

Modalidade	Indicação típica	Limite
Rede e serviços	Saúde, assistência, justiça, moradia	Exige contato nominal, prazo e contrarreferência
Mútua ajuda	Pertencimento, apoio continuado, modelos de identificação	Voluntária; não é obrigação terapêutica nem substituto de tratamento

Duas decisões costumam definir o sucesso de um plano: a **combinação** de modalidades (raramente uma só resolve) e a **intensidade** compatível com a fase.

Intensidade: dosagem, não quantidade

No início, costuma ser necessária maior frequência: vínculo em construção, risco a avaliar, rotina a estabelecer. Na manutenção, a frequência cai e o que sustenta é a rede e a vida cotidiana. Um plano que mantém três atendimentos semanais por seis meses, para alguém que voltou a trabalhar, será abandonado — e o abandono será lido como falta de adesão.

Um critério prático de dosagem: **o plano tem que caber na semana da pessoa.** Conte as horas de deslocamento, o trabalho, o cuidado com filhos, o sono. Se o plano não cabe, ele não é intensivo: é inexequível.

Recursos, condições e o que a equipe não pode fazer

Intervenção sem recurso é intenção. Antes de escrever, responda: quem executa, em que horário, em que espaço, com que material, com que transporte, com que respaldo.

E há limites de escopo que precisam estar explícitos no documento, porque protegem a pessoa e o profissional:

- **Prescrição e ajuste de medicação** são do prescritor. A equipe identifica, registra, articula e acompanha — não orienta retirada nem troca por conta própria.
- **Diagnóstico psicopatológico** é do profissional habilitado, no seu campo. A equipe descreve, hipotetiza e encaminha.
- **Questões jurídicas** exigem articulação com defensororia, assistência social ou advogado. A equipe informa e encaminha.
- **Situações de violência e risco iminente** exigem acionamento da rede de proteção, com registro.

Escrever isso no PTS não é burocracia defensiva: é o que permite que a intervenção aconteça sem que alguém seja empurrado para fora do seu campo.

Intervenções iatrogênicas

Algumas intervenções bem-intencionadas produzem dano previsível. Quatro padrões merecem atenção.

Exigir abstinência como condição para tudo. Se o acesso ao atendimento, à moradia ou ao vínculo depende de exame negativo, a pessoa aprende a esconder o uso — e o que a equipe perde é exatamente a informação de que precisava.

Confrontação como método. Confrontar sistematicamente produz defesa e afastamento; a literatura de entrevista motivacional descreve esse efeito há décadas. Confrontar um dado, com respeito, é diferente de confrontar a pessoa.

Vigilância familiar. Transformar a mãe em fiscal de quarto e de saída produz dois danos: a mãe adoece e a relação se rompe. Ação familiar precisa ser delimitada, acordada e compatível com a vida de quem executa.

Alta por falta. Interromper o cuidado porque a pessoa faltou é uma decisão administrativa que, em dependência química, costuma acontecer justamente quando o risco aumenta. Se o plano prevê alta por falta, ele precisa prever busca ativa antes.

EXEMPLO APLICADO

Intervenções do PTS de Rafael, com os seis campos resumidos.

Intervenção	Objetivo/ meta	Como	Frequência	Recursos	Resultado esperado
Avaliação de risco e plano de crise	Avaliação de risco; plano com três contatos	Entrevista estruturada + construção do plano em duas etapas	1 sessão + 1 retorno em 7 dias	Profissional de referência; sala; telefone do plantão	Plano escrito reconhecido por ele
Acompanhamento individual de referência	Interrupção do uso; fissura noturna	Sessões com mapa de risco, revisão semanal do registro	Semanal, 50 min, 8 semanas	Técnico de referência	Registro semanal preenchido; plano revisado
Apoio à negociação da dívida	Resposta ao risco associado à dívida	Reunião com Rafael e a mãe, orientação sobre direitos, encaminhamento à defensoria se necessário	2 encontros em 15 dias; seguimento quinzenal	Assistente social	Acordo ou encaminhamento formal; sem novos empréstimos

Intervenção	Objetivo/ meta	Como	Frequência	Recursos	Resultado esperado
Encaminhamento e articulação com o CAPS AD	Avaliação psiquiátrica e continuidade	Encaminhamento por escrito, contato telefônico, relatório compartilhado com autorização	1 contato inicial + retorno em 30 dias	Equipe de referência; transporte	Consulta realizada; contrarreferência recebida
Mediação de contato com o filho	Duas ligações em 60 dias	Contato com a ex-companheira pela assistente social; ligações acompanhadas pela mãe	Mensal	Assistente social; mãe	Ligações realizadas e registradas
Grupo de manejo de fissura	Fissura noturna; pertencimento	Grupo aberto, 90 min, com foco em situações concretas	Semanal	Facilitador; sala	Presença em 4 de 6 encontros; relato de uso do plano

O que ficou fora e por quê: "oficina de artesanato" (rotina da casa, não é intervenção deste PTS); "culto" (prática voluntária, não é intervenção clínica); "grupo de mútua ajuda" (registrado como possibilidade, com indicação, não como obrigação); "terapia ocupacional" (sem profissional disponível na rede; encaminhamento em avaliação); "internação" (recusada por ele e sem indicação no momento).

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Você recebe um PTS com as intervenções abaixo. Classifique cada uma (intervenção adequada, atividade institucional, intervenção órfã, intervenção iatrogênica, fora de escopo) e justifique.

A. "Grupo de partilha diário, obrigatório, com registro de presença."
B. "Atendimento individual semanal para construção do plano de prevenção de recaída, 50 minutos, com o técnico de referência."
C. "Orientar a mãe a revistar o quarto todas as noites e a comunicar qualquer suspeita."
D. "Ajuste da dose do antidepressivo conforme evolução."
E. "Aulas de violão às quartas, porque o usuário gosta de música."

Resolução comentada. A é atividade institucional apresentada como intervenção: a obrigatoriedade e o registro de presença não definem finalidade clínica; se o grupo tem método e objetivo, precisa ser descrito assim, e a obrigatoriedade deve ser examinada — participação forçada em grupo de partilha costuma produz relato defensivo. B é intervenção adequada: tem finalidade, forma-

to, frequência, responsável e resultado esperado. C é iatrogênica: transforma a cuidadora em fiscal, com dois danos previsíveis (adoecimento dela e ruptura do vínculo), e não é ação acordada. D está fora de escopo: ajuste de dose é do prescritor; o PTS registra a articulação e o acompanhamento. E é intervenção órfã: pode ser boa ideia e não responde a nenhum objetivo; se o objetivo for, por exemplo, rotina e pertencimento, precisa ser escrito assim, com frequência e resultado esperado.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Listar rotina da casa como intervenção	Documento parece completo e não trata do risco	Intervenção com finalidade, método e avaliação; rotina fica na rotina
Intervenção sem responsável	Ninguém executa; todos supõem que alguém executou	Nome ou função, com prazo
Intervenção sem frequência	Compete com a agenda e perde	Frequência e duração explícitas
Intervenção órfã	Consome tempo e não produz efeito	Vincular a objetivo e meta, ou retirar
Intensidade incompatível com a vida da pessoa	Abandono lido como falta de adesão	Contar horas reais da semana antes de fechar o plano
Exigir abstinência como condição de acesso	Pessoa esconde o uso; equipe perde informação	Acesso independente do exame; foco no risco e no vínculo
Vigilância familiar como método	Cuidadora adoece; relação se rompe	Ações delimitadas e acordadas; apoio próprio para quem cuida
Intervenção fora do escopo profissional	Risco clínico e jurídico	Descrever, registrar, encaminhar, acompanhar

SÍNTESE

Intervenção é ação deliberada com seis campos: o quê, por quê, como, frequência, recursos e resultado esperado. Atividade institucional não é intervenção terapêutica — a rotina é necessária e não substitui tratamento direcionado. Toda intervenção responde a um objetivo e a uma meta; intervenção órfã se vincula ou se retira. Escolha modalidade e intensidade compatíveis com a fase e com a semana real da pessoa. Nomeie recursos e condições, e escreva os limites de escopo. Evite

os quatro padrões iatrogênicos: abstinência como condição de tudo, confrontação como método, vigilância familiar e alta por falta sem busca ativa.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Pegue três atividades da rotina do seu serviço (grupo, oficina, visita, culto, assembleia) e escreva, para cada uma, a finalidade clínica que ela poderia ter, o método e o resultado esperado. Se não conseguir escrever para alguma, diga por quê.
Resposta comentada: o exercício revela que algumas atividades têm finalidade clara (um grupo de manejo de fissura, por exemplo) e outras são convivência ou gestão. Para as que não têm finalidade clínica, a resposta correta é: "não é intervenção deste PTS; é rotina da casa, e isso é legítimo". A tentativa de justificar tudo como terapêutico é o erro que a unidade quer evitar.

2. Uma equipe quer incluir "acompanhamento pela rede de mútua ajuda" como intervenção obrigatória, três vezes por semana. Aponte dois problemas e reescreva.
Resposta comentada: problemas: (i) mútua ajuda é voluntária por definição — torná-la obrigatória descaracteriza o dispositivo e produz adesão aparente; (ii) três encontros semanais podem não existir na rede, e a meta passaria a depender de oferta inexistente. Reescrita: "apresentação de duas opções de grupo de mútua ajuda no território, com informação sobre horários e funcionamento; participação voluntária, registrada se ocorrer; revisão do interesse em 60 dias".

3. Escreva a intervenção que responde à fissura noturna de Rafael, com os seis campos, e diga qual é o resultado esperado em 30 dias.
Resposta comentada: o quê: plano de resposta à fissura; por quê: interrupção do uso de cocaína e crack, com fissura noturna como contexto de risco; como: duas sessões com mapa de horários, companhias e estados emocionais, definição de três respostas e três contatos, ensaio verbal de cada situação; frequência: duas sessões na primeira quinzena, revisão semanal no acompanhamento; recursos: técnico de referência, sala, telefone do plantão disponível à noite; resultado esperado em 30 dias: plano escrito reconhecido por Rafael, com pelo menos um episódio de fissura manejado conforme o combinado e registrado no acompanhamento.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um PTS inclui, entre as intervenções, "oficina de artesanato duas vezes por semana, por ser terapêutica". A crítica mais adequada é:

a) a oficina não pode constar do PTS, porque atividades ocupacionais não têm relação com tratamento.
b) a oficina pode constar como intervenção, desde que sejam declarados finalidade clínica, método, frequência e resultado esperado; sem isso, é atividade institucional.
c) a oficina é inadequada porque deveria ser diária, para garantir rotina e disciplina.
d) a oficina é adequada apenas se o usuário assinar termo de participação obrigatória.

Gabarito: b.

O problema é o selo "terapêutico" sem finalidade, método e avaliação. (a) radicaliza no sentido oposto e desqualifica uma atividade que pode ser clinicamente útil. © troca método por quantidade e transforma rotina em disciplina. (d) confunde adesão com obrigação contratual, o que costuma produzir presença sem participação.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a intervenção é você — e é fácil confundir "o que eu faço" com "o que a pessoa faz". Duas providências: escreva cada intervenção com frequência e duração (semanal, 50 minutos, por 8 semanas; depois quinzenal), e defina o resultado esperado em termos observáveis, não em termos de insight. Se você atende familiares, separe intervenções dirigidas a ela das que dependem de outra pessoa: "apoio para estabelecer um limite em relação à dívida" é intervenção sua; "convencer o filho a se tratar" não é intervenção, é objetivo impossível — e, quando entra no plano, produz sensação de fracasso em quem já está exausto.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 8º, 16, 17 e 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — projeto terapêutico singular e clínica ampliada.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: helping people change**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2012.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (org.). **Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York: Guilford Press, 1985.

BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

UNIDADE 4.4 · 1 H

4.4 Divisão de responsabilidades

Apresentação

Há uma frase que aparece em quase todo PTS mal executado: "responsável: equipe". Ela parece cuidadosa — ninguém foi sobrecarregado — e produz um efeito previsível: quando todos são responsáveis, ninguém executa. Na reavaliação, ninguém sabe dizer quem deveria ter feito o quê, e a conversa termina em "não foi possível articulação com a rede", como se a rede fosse um fenômeno meteorológico.

O outro extremo é igualmente comum: o documento distribui tarefas apenas para a pessoa. "Comparecer", "manter-se abstinente", "avisar a equipe", "não frequentar certos lugares", "participar das atividades". A equipe não assume nada além de atender, e a família entra como executora silenciosa — "a mãe avisa se ele sair".

Responsabilidade, no PTS, não é distribuição de culpa: é a designação de quem faz o quê, até quando, e como se verifica. Esta unidade trata de como escrever isso de modo que o plano ande — e de como manter a corresponsabilidade sem transformar a pessoa em ré.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. escrever cada responsabilidade com ação, sujeito, prazo e forma de verificação;
2. distribuir responsabilidades entre pessoa, profissionais, equipe, família e serviços externos, sem terceirizar cuidado;
3. nomear responsabilidades da pessoa de modo compatível com o que ela pode e quer assumir;
4. incluir a família apenas quando pertinente, consentido e delimitado;
5. analisar o que falhou sem transformar a análise em culpabilização.

Desenvolvimento

O que é uma responsabilidade, no documento

Quatro elementos: **ação** (o que será feito), **sujeito** (quem faz, com nome ou função), **prazo** (até quando) e **verificação** (como se sabe que foi feito). Sem sujeito, não acontece; sem prazo, acontece "quando der"; sem verificação, não se sabe.

Mal escrito	Bem escrito
"Responsável: equipe"	"Solicitar avaliação psiquiátrica ao CAPS AD por escrito — profissional de referência — até 15/03 — protocolo arquivado no prontuário"
"A família acompanha"	"Acompanhar as duas ligações ao filho, com a mãe presente — Dona Sônia, com apoio da equipe — 60 dias — registro no prontuário após cada ligação"
"Paciente deve colaborar"	"Comparecer aos contatos semanais e informar episódios de fissura — Rafael — semanal — registro do atendimento"
"Encaminhamento realizado"	"Contato telefônico com o CAPS AD para confirmar recebimento do encaminhamento e data da consulta — técnico de referência — até 20/03 — anotação com nome de quem atendeu"

A última linha é a que mais muda o resultado de um plano: **encaminhar não é articular**. Articular exige saber quem recebeu, quando será a consulta e o que acontece se não houver vaga.

Os cinco sujeitos

Um PTS realista distribui responsabilidades entre cinco sujeitos. Nenhum deles pode ser omitido por completo.

1. A pessoa. É sujeito, não objeto. Assume ações compatíveis com o que pode e quer: comparecer, informar, ligar, registrar, decidir, recusar.

2. Profissionais. Nominais sempre que possível; funcionais quando a rotina muda muito ("técnico de referência do turno da manhã"). O que não se aceita é "equipe" como substituto de nome.

3. A equipe, como coletivo. Algumas coisas são genuinamente coletivas: decidir prioridade em reunião, fazer busca ativa, revisar o plano, garantir que a informação circule entre turnos. Mesmo assim, a execução de cada ação coletiva tem um responsável que a convoca.

4. A família — quando pertinente e consentida. Não é executora do tratamento. Pode assumir ações delimitadas, acordadas, compatíveis com a vida dela e com apoio da equipe.

5. Serviços externos. Com contato nominal, prazo e contrarreferência. "Encaminhado ao CAPS" é registro de envio; "consulta marcada para 28/03, com relatório enviado e contrarreferência prevista" é articulação.

A responsabilidade da pessoa, sem culpabilização

Três cuidados fazem diferença.

Primeiro: peça o que ela pode dar. Se a pessoa está em situação de rua, sem documento e sem renda, pedir "comparecimento semanal em serviço a 40 minutos de ônibus" é pedir o que ela não tem. A responsabilidade precisa ser desenhada dentro das condições reais.

Segundo: registre o que ela recusou, sem adjetivo. "Recusou avaliação psiquiátrica em 05/03 e 12/03; aceitou conversar sobre o tema com o terapeuta de referência" é registro. "Não aderiu" é veredito que apaga a informação útil.

Terceiro: diferencie responsabilidade de obediência. A pessoa não é obrigada a cumprir o plano; ela é convidada a participar de um plano que ela ajudou a construir. Quando não cumpre, isso é dado clínico e organizacional — não infração. Em instituição, essa diferença se perde com facilidade, porque a rotina já pune: perde visita, perde saída, perde benefício. Um PTS que se apoia nessa punição não está construindo adesão; está administrando obediência.

Profissionais e equipe: nomear para não diluir

O erro do "responsável: equipe" tem uma raiz compreensível: equipes pequenas, rotatividade, plantões. A solução não é aceitar a diluição, é criar um padrão que sobreviva à rotatividade.

Três padrões que funcionam:

Referência nominal com substituto declarado. "Profissional de referência: A. (substituto em férias: B.)". O caso não fica órfão em janeiro.

Ação com dono e com registro no lugar certo. Toda ação tem um lugar onde deixa rastro: prontuário, planilha de articulação, livro de plantão. Ação sem lugar de registro desaparece.

Reunião de caso com pauta fixa. Cinco minutos por caso: o que estava previsto, o que aconteceu, o que muda. É o que impede que o plano envelheça sem que ninguém perceba.

A família: pertinência, consentimento e delimitação

A RDC 29/2011 prevê orientação e participação da família no processo, com informação clara sobre normas, rotinas e critérios. Isso é base para incluir a família — e não autoriza transformá-la em extensão da equipe.

Três critérios para incluir:

Pertinência. A ação familiar responde a uma necessidade real e delimitada? "Avisar a equipe se ele não chegar em casa" é delimitado. "Vigiar para que ele não use" não é.

Consentimento. A pessoa que assume concorda, entende o que se espera e sabe o que acontece se não puder cumprir? Família não é recurso involuntário.

Delimitação com apoio. Toda ação familiar vem com o que a equipe oferece em troca: informação, escuta, contato acessível, revisão. Sem isso, a família assume o cuidado e adoece — e, quando adoece, o plano cai.

Um cuidado adicional, específico do público deste curso: em atendimento de codependência familiar, a família pode ser o sujeito do cuidado. Nesse caso, as responsabilidades são dela e da equipe, e o familiar que usa não é executor do plano dela. Misturar os dois planos produz o efeito mais comum do campo: a pessoa que busca ajuda sai com uma lista de tarefas para manejar outra pessoa.

Serviços externos: articulação é contato, não envelope

Uma responsabilidade com serviço externo precisa de quatro informações: **quem** (nome ou setor), **o quê** (solicitação concreta), **até quando** (prazo) e **como se confirma** (protocolo, telefone, contrarreferência).

Frase	Problema	Versão articulada
"Encaminhado ao CRAS"	Não se sabe se chegou, nem o que se pediu	"Solicitar ao CRAS inclusão em curso de qualificação, por ofício, até 20/03; confirmar protocolo por telefone até 27/03"
"Em avaliação pela defensoria"	Sem prazo e sem responsável	"Protocolar pedido de orientação jurídica sobre a dívida até 30/03; retorno previsto em 30 dias"
"Rede acionada"	Não é informação	"Contato com a UBS em 14/03 (falou com a enfermeira X.); consulta agendada para 21/03"

Corresponsabilidade sem culpabilização

Quando o plano não anda, a análise precisa ser sobre o plano — e não sobre o caráter de quem falhou. Quatro perguntas úteis:

1. A ação estava designada com nome e prazo, ou ficou no "equipe"?
2. A pessoa tinha condições reais (transporte, horário, saúde, dinheiro) de cumprir?
3. A equipe fez o que dependia dela — inclusive a busca ativa quando houve falta?
4. O que mudou na vida da pessoa entre a construção e a execução?

As respostas quase sempre apontam para ajustes concretos. E há um ganho ético: quando a equipe examina a própria parte, a pessoa deixa de ser a única variável do fracasso — e costuma voltar a falar.

EXEMPLO APLICADO

Responsabilidades do PTS de Rafael.

Ação	Responsável	Prazo	Verificação
Realizar avaliação de risco e construir plano de crise	Profissional de referência (A.)	15/03	registro no prontuário; plano assinado
Comparecer à avaliação e ao retorno	Rafael	15/03 e 22/03	presença registrada
Agendar avaliação psiquiátrica no CAPS AD e confirmar por telefone	Técnico de referência (B.)	20/03	protocolo + anotação do contato

Ação	Responsável	Prazo	Verificação
Comparecer à consulta psiquiátrica	Rafael	data agendada	registro do CAPS AD
Conduzir conversa sobre a dívida com Rafael e a mãe	Assistente social (C.)	18/03	registro da conversa
Participar da conversa sobre a dívida e não assumir novos empréstimos	Dona Sônia, com apoio da equipe	18/03 e seguimento	relato registrado
Informar a equipe em caso de fissura ou episódio de uso	Rafael	contínuo	registro do contato (telefone ou atendimento)
Realizar contato telefônico semanal de acompanhamento	Técnico de referência (B.)	semanal, 8 semanas	registro em prontuário
Contatar a ex-companheira para tratar do contato com o filho	Assistente social (C.)	30/03	registro do contato
Revisar o PTS em reunião de equipe	Equipe, convocada pela coordenação	15/04	ata com as decisões

Observe o equilíbrio: das dez ações, quatro são de Rafael — todas compatíveis com o que ele pode e quer (comparecer, informar, participar) —, cinco são de profissionais nomeados e uma é coletiva, com quem convoca e com data. Nenhuma ação familiar aparece sem apoio da equipe, e nenhuma diz "equipe" sem um nome por trás.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um PTS traz cinco responsabilidades. Redistribua cada uma, apontando o problema.

A. "Responsável: equipe — articular com a rede de apoio."
B. "Responsável: paciente — não frequentar ambientes de uso."
C. "Responsável: família — acompanhar o tratamento e avisar em caso de recaída."
D. "Responsável: CAPS AD — dar continuidade ao caso."
E. "Responsável: médico — avaliar e prescrever."

Resolução comentada. A: "equipe" não é sujeito executável. Redistribuir: "levantar dois serviços disponíveis no território e realizar contato inicial — técnico de referência — até 30/03 — registro com nome do contato". B: "não frequentar ambientes de uso" é regra, não ação verificável, e transfere à pessoa uma responsabilidade que depende do território e da rede; trocar por comportamento possível e apoiado: "informar à equipe as situações em que a fissura apareceu e os lugares envolvidos — Rafael — semanal — registro no atendimento", com a equipe assumindo o mapeamento e

as alternativas. C: família como executora e fiscal, sem consentimento delimitado nem apoio; trocar por ação específica e acordada, com o que a equipe oferece. D: serviço externo não é sujeito de responsabilidade sem contato e prazo; trocar por "solicitar por escrito a continuidade do caso ao CAPS AD, com contrarreferência em 30 dias — técnico de referência". E: está fora do escopo do PTS definir o que o médico fará; o documento registra a solicitação e o acompanhamento: "solicitar avaliação médica e registrar a conduta recebida — profissional de referência — até 21/03".

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
"Responsável: equipe"	Ninguém executa	Nome ou função + prazo + verificação
Todas as responsabilidades na pessoa	Plano inviável; culpa concentrada	Distribuir entre os cinco sujeitos
Família como executora do tratamento	Adoecimento do cuidador; ruptura	Ações delimitadas, consentidas, com apoio
Encaminhamento tratado como articulação	Caso se perde na rede	Contato nominal, prazo, confirmação
Registro de recusa com adjetivo	Informação perdida e pessoa rotulada	Registrar a recusa com data e o que foi oferecido
Responsabilidade sem lugar de registro	Ação desaparece	Definir onde deixa rastro
Análise de falha centrada na pessoa	Perde-se o que o plano tinha de errado	Quatro perguntas de corresponsabilidade

SÍNTESE

Responsabilidade no PTS é ação, sujeito, prazo e verificação — não distribuição de culpa. Cinco sujeitos precisam aparecer: pessoa, profissionais nomeados, equipe (com quem convoca cada ação coletiva), família (quando pertinente, consentida e delimitada) e serviços externos (com contato nominal e contrarreferência). Peça à pessoa o que ela pode dar, registre recusas sem adjetivo e diferencie responsabilidade de obediência. Encaminhar não é articular. E, quando o plano não anda, analise o plano com as quatro perguntas antes de concluir qualquer coisa sobre quem falhou.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Reescreva "responsável: equipe — realizar busca ativa em caso de falta" de modo executável. Resposta comentada: "Em caso de falta sem aviso, realizar contato telefônico em até 48 horas e, se não houver resposta em 5 dias, visita ou contato com a pessoa de referência indicada por ele — técnico de referência do caso, com registro em prontuário e comunicação ao turno seguinte — prazo: imediato após a falta, durante todo o acompanhamento". A reescrita define quem, quando, como, e onde fica o registro.

2. A mãe de um usuário aceita "avisar a equipe sempre que ele sair de casa e não voltar no horário". Escreva a versão delimitada dessa responsabilidade, com o que a equipe oferece em troca. Resposta comentada: "Dona Sônia informa a equipe, por telefone ou mensagem, quando Rafael não retornar na noite combinada — ação limitada a esse aviso, sem obrigação de procurá-lo ou de revistar pertences. A equipe se compromete a responder o contato em até 24 horas, a não repassar a informação a ele sem combinar com ela, e a manter um espaço mensal de escuta para ela. Revisão em 60 dias." A delimitação protege os dois lados: a mãe sabe exatamente o que se espera, e a equipe sabe o que deve em troca.

3. Um plano prevê que o usuário "compareça a todos os atendimentos". Ele faltou a três de cinco. Escreva o registro que aplica as quatro perguntas de corresponsabilidade, sem culpabilização. Resposta comentada: algo como: "Faltas em 05/03, 12/03 e 19/03; compareceu em 26/03 e 02/04. Verificação: os atendimentos estavam agendados às 14h, horário em que ele iniciou trabalho em 03/03 (informação trazida por ele em 26/03); a equipe não havia revisado a agenda após a mudança. Ação: atendimento transferido para as 18h, quinzenal, a partir de 09/04; contato telefônico de confirmação na véspera. Registro: a meta não foi cumprida por incompatibilidade de horário, não por recusa; plano ajustado." O registro mostra o dado, a parte da equipe e a correção.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um PTS registra: "Responsável: equipe de referência — articular com a rede intersetorial e garantir a continuidade do cuidado". A crítica mais adequada é:

a) o registro está correto, porque a articulação de rede é tarefa coletiva e não pode ser atribuída a um profissional isolado.
b) o registro é adequado desde que conste a data da reunião em que a equipe assumiu a tarefa.
c) o registro não designa quem executa, nem prazo, nem forma de verificação; deveria nomear responsável, ação concreta, prazo e registro, mantendo o caráter coletivo apenas na decisão.
d) o registro é inadequado porque articular com a rede é atribuição exclusiva da assistência social.

Gabarito: c.
"Equipe" sem nome, prazo e verificação é a forma mais comum de uma responsabilidade não acontecer. (a) confunde decisão coletiva com execução anônima: a decisão pode ser da equipe, a execução tem dono. (b) acrescenta ata e mantém o vazio operacional. (d) cria uma exclusividade que

não existe na maioria dos serviços e que, na prática, paralisa o caso quando não há assistente social disponível.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, você é os cinco sujeitos ao mesmo tempo — e isso esconde um risco: assumir tudo. Escreva, em cada plano, o que depende de você, o que depende da pessoa e o que depende de terceiros; e diga em voz alta o que você não vai fazer (por exemplo, "não vou ligar para o seu filho; você decide se quer que eu faça isso junto com você"). Em atendimento de codependência familiar, a delimitação é o núcleo do trabalho: a pessoa que chega costuma ter assumido todas as responsabilidades de outra pessoa, e a primeira tarefa é devolver a cada um o que é seu — sem que isso signifique abandono.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 8º, 16, 17, 19 e 21.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

UNIDADE 4.5 · 1 H

4.5 Cronograma e indicadores

Apresentação

Dois PTS podem ter exatamente os mesmos objetivos, as mesmas metas e as mesmas intervenções — e um deles funciona. A diferença costuma estar em duas colunas que quase ninguém preenche: **quando** cada coisa acontece e **como** se saberá se está funcionando.

Sem cronograma, o PTS começa "a partir de agora" e termina quando alguém se lembra dele. Sem indicadores, a reavaliação depende de impressão: "ele parece melhor", "ele está mais participativo", "acho que não está funcionando". Impressão não é dado, e uma equipe que só tem impressões não consegue distinguir entre uma intervenção que precisa de mais tempo e uma intervenção que não serve para aquela pessoa.

Esta unidade trata do que faz o PTS se mover no tempo — e do que impede que o acompanhamento vire vigilância.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. construir um cronograma com marcos, prazos e pontos de decisão, em vez de uma lista de intenções;
2. distinguir indicadores de processo e de resultado e escolher os que o serviço consegue coletar;
3. definir fonte, frequência e sinal de alerta para cada indicador;
4. avaliar se uma intervenção está funcionando e decidir entre manter, ajustar ou suspender;
5. reconhecer o ponto em que o indicador se transforma em vigilância e corrigir o rumo.

Desenvolvimento

Cronograma: marcos, não linha do tempo decorativa

Um cronograma útil não é um gráfico de Gantt colorido. É uma sequência de **marcos verificáveis**, com datas, e de **pontos de decisão**, em que a equipe se obriga a olhar o que aconteceu.

Três escalas bastam, e elas devem conversar com os horizontes das metas:

Escala	Período	O que se acompanha	Ponto de decisão
Curta	Semanas 1 e 2	Segurança, vínculo, primeiros encaminhamentos, plano de crise	Há risco não endereçado? O vínculo se formou?

Escala	Período	O que se acompanha	Ponto de decisão
Média	Mês 1 ao 3	Execução das intervenções, cumprimento das metas de processo, articulação de rede	Manter, ajustar ou trocar prioridade?
Longa	Mês 3 ao 6	Resultados, sustentação, reorganização de vida	Reavaliação formal e novo ciclo

O cronograma precisa conter quatro tipos de item, e é comum que só o primeiro apareça:

1. **Ações com prazo** — o que será feito e até quando.
2. **Marcos** — o que se espera que exista em determinada data (plano escrito, consulta realizada, contato feito).
3. **Pontos de decisão** — reuniões em que a equipe avalia e decide, com data marcada desde o início.
4. **Reavaliação formal** — data em que o PTS inteiro é revisto com a pessoa.

O que não entra no cronograma

Rotina da casa não entra. Atividade institucional não entra. Reunião de equipe semanal não entra — a não ser que seja o ponto de decisão do caso. Cronograma que lista tudo o que a instituição faz deixa de ser cronograma e passa a ser folheto de programação.

Também não entra o que depende exclusivamente de terceiros sem prazo de articulação: "consulta no psiquiatra" só entra como marco quando existe data ou quando existe a ação de quem vai buscá-la.

Indicadores: o que são e para que servem

Indicador é uma medida simples, repetível, que informa se algo está caminhando. No PTS, ele tem três funções: mostrar avanço à pessoa e à equipe, orientar decisão sobre a intervenção, e permitir registro honesto do que aconteceu.

Indicador de processo mede execução: comparecimento, realização de exames, contatos feitos, plano construído, encaminhamento confirmado. Depende principalmente do que a equipe e a pessoa fazem.

Indicador de resultado mede mudança: dias sem uso, noites dormidas, dias trabalhados, contatos com o filho, internações no período. Depende de mais variáveis.

Os dois são necessários. Só com resultado, a equipe não sabe por que algo não funcionou. Só com processo, a equipe pode executar tudo perfeitamente e não mudar nada na vida de ninguém.

Como escolher indicadores que funcionam

Cinco critérios, na prática:

Coletável. Se o serviço não tem como medir, não é indicador — é aspiração. Autorrelato é coletável; exame toxicológico semanal, na maioria dos serviços, não é.

Sensível à intervenção. Precisa mudar se a intervenção funcionar. "Número de internações no ano" é indicador de resultado importante e pouco sensível em 30 dias.

Compreensível para a pessoa. Se ela não entende o que está sendo medido, o indicador vira controle externo.

Poucos. De três a cinco indicadores por caso. Mais que isso, ninguém coleta.

Não punitivo. Indicador que produz consequência disciplinar (perder visita, perder saída) deixa de medir e passa a produzir ocultação.

Indicador	O que mede	Frequência	Fonte	Sinal de alerta
Comparecimento aos contatos	vínculo e continuidade	semanal	registro de atendimento	duas faltas consecutivas sem contato
Dias sem cocaína e crack	padrão de uso	semanal	autorrelato + contato de verificação	uso em contexto de fissura sem acionar a equipe
Noites com sono antes de 1h	sono e risco noturno	semanal	registro simples feito por ele	piora por duas semanas seguidas
Contatos com o filho	vínculo familiar	mensal	relato registrado	ausência de contato por 30 dias
Dias trabalhados no mês	reinserção	mensal	relato + contato autorizado	nenhum dia em 30 dias
Encaminhamentos confirmados	articulação de rede	mensal	protocolo/telefone	encaminhamento sem confirmação há 30 dias

Como identificar avanço quando o indicador principal não se move

Em dependência química, o indicador mais visível é o uso — e ele pode não se mover por semanas, mesmo quando algo importante está acontecendo. Se a equipe só olha para o uso, perde o que sustenta a mudança.

Marcos que merecem registro, mesmo sem mudança no uso: primeira semana com o plano de fissura sendo usado; primeira vez que a pessoa avisa antes de faltar; primeira conversa com a família sem escalada; retomada de contato com alguém que não usava; uma noite dormida; um dia de trabalho; um exame feito.

Esses marcos não substituem o resultado — eles mostram que o processo está vivo. E, para a pessoa, costumam ser a única evidência de progresso disponível num período em que tudo parece igual.

Como registrar dificuldade sem transformar o registro em queixa

Registrar dificuldade é parte do método, e há uma forma que produz informação e outra que produz desânimo.

A forma útil classifica a barreira: **acesso** (transporte, horário, fila), **vínculo** (desconfiança, ruptura, vergonha), **recursos** (falta de profissional, de vaga, de material), **vida** (trabalho novo, doença, morte, dívida, mudança de casa). A classificação indica a resposta: barreira de acesso se resolve com logística; de vínculo, com tempo e método; de recursos, com gestão e rede; de vida, com reformulação do plano.

A forma inútil registra adjetivo: "pouco colaborativo", "resistente", "não comparece". Não indica nada e circula como julgamento.

Como avaliar se a intervenção funciona

A avaliação compara **previsto** e **observado**, em data marcada. Três conclusões possíveis, e todas legítimas:

Manter. O processo ocorreu e o resultado começou a aparecer. Mantém-se e se revisa o prazo.

Ajustar. O processo ocorreu e o resultado não veio, ou o processo não ocorreu por barreira identificada. Ajusta-se o formato, a frequência, a modalidade ou o responsável.

Suspender. A intervenção não é factível, não é aceita, ou produz dano. Suspende-se com registro e substituição por outra. Suspender não é fracasso: é decisão técnica que libera tempo de equipe para o que funciona.

Um exemplo de suspensão bem-feita: um grupo de habilidades sociais que a pessoa frequenta há dois meses sem nenhum efeito percebido, e com piora do humor nas semanas em que vai. Registro: "Grupo suspenso em 15/04, por acordo com o usuário. Substituído por atendimento individual quinzenal com foco em situações de trabalho. Reavaliação em 60 dias."

O ponto em que o indicador vira vigilância

Indicadores são ferramentas de cuidado e podem virar instrumentos de controle. Quatro sinais de alerta:

O indicador é público. Quadros com "dias sem uso" na parede, rankings de participação, listas de quem "está bem" e "está mal". Para algumas pessoas isso motiva; para outras, expõe e humilha — e, em comunidade terapêutica, a exposição costuma recair sobre quem já tem menos poder.

O indicador tem consequência disciplinar. Se o relato de uso leva a punição, o relato desaparece. A equipe fica com um prontuário limpo e um risco maior.

O indicador substitui a escuta. Quando a reunião de equipe se resume a ler números, a equipe perde a informação que não está no número — o medo, a vergonha, o cansaço, o desejo.

O indicador mede o que é fácil, não o que importa. Comparecimento é fácil de medir; vínculo, não. Uma equipe que só mede comparecimento otimiza presença e pode perder a pessoa.

EXEMPLO APLICADO

Cronograma de 90 dias do PTS de Rafael, com marcos e pontos de decisão.

Período	Ações	Marco esperado	Ponto de decisão
Semana 1	avaliação de risco; plano de crise; contato com o CAPS AD; conversa inicial sobre a dívida	plano escrito com três contatos de urgência	risco endereçado? plano compreendido por ele?
Semana 2	primeira consulta psiquiátrica; construção do plano de fissura; contato com o CRAS	plano de fissura em uso; consulta realizada	o plano de fissura funciona à noite?
Semanas 3–4	acompanhamento semanal; conversa sobre a dívida com a mãe; aferição e exames na UBS	conversa realizada; exames coletados	manter prioridades? ajustar a meta de uso?
Mês 2	contato com a ex-companheira; retomada de contato com o encarregado; revisão das metas	primeira ligação ao filho; contato profissional feito	a mediação familiar avançou? o trabalho é viável agora?
Mês 3	consolidação; revisão do tema do álcool; reavaliação formal	60 dias de acompanhamento com registro; plano revisado	novo ciclo: manter, ampliar ou encerrar objetivos

Indicadores do caso, com fonte e sinal de alerta: comparecimento semanal (registro; duas faltas sem contato), dias sem cocaína e crack (autorrelato semanal + dois contatos telefônicos; uso sem acionamento da equipe), noites com sono antes de 1h (registro dele; piora por duas semanas), contatos com o filho (relato; 30 dias sem contato), encaminhamentos confirmados (protocolo; 30 dias sem confirmação).

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um PTS traz o seguinte cronograma: "Semana 1: acolhimento, avaliação, encaminhamento ao CAPS, contato com a família, definição de metas, início do grupo, orientação sobre medicação e retomada do trabalho. Semana 2: manutenção. Mês 2: alta."

Tarefa. Aponte quatro problemas e reescreva as duas primeiras semanas.

Resolução comentada. Problemas: (i) a semana 1 concentra mais ações do que a equipe e a pessoa conseguem executar, e várias dependem de terceiros (vaga no CAPS, agenda médica); (ii) "contato com a família" aparece sem finalidade nem consentimento; (iii) "orientação sobre medicação" invade escopo se não houver prescrição em curso e profissional habilitado; (iv) "retomada do trabalho" na primeira semana ignora que trabalho depende de terceiros e de estabilidade mínima;

(v) "mês 2: alta" é uma decisão tomada antes de existir dado, e transforma o cronograma em sentença. Reescrita das duas primeiras semanas: semana 1 — avaliação de risco, plano de crise, acolhimento com informação sobre rotina e critérios, contato telefônico com o CAPS AD para solicitar avaliação, conversa inicial sobre a dívida; semana 2 — consulta psiquiátrica (se agendada), construção do plano de fissura em duas sessões, aferição e exames na UBS, contato com a família com consentimento e pauta definida. Marco de decisão no fim da semana 2: risco endereçado, plano de fissura em uso, encaminhamentos confirmados.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Cronograma que lista tudo na primeira semana	Nada é executado; sensação de atraso permanente	Distribuir por marcos, respeitando dependências de terceiros
"Alta" ou "encerramento" previstos antes de dados	Decisão tomada sem evidência	Datas de reavaliação, não de alta
Indicadores demais	Ninguém coleta; prontuário incompleto	Três a cinco indicadores por caso
Indicador sem fonte	Autorrelato tratado como fato ou descartado	Declarar fonte e frequência
Só indicador de resultado	Não se sabe por que algo não funcionou	Combinar processo e resultado
Indicador com consequência disciplinar	Ocultação do uso; risco maior	Indicador não punitivo; registro protegido
Indicador público ou em ranking	Exposição e humilhação em instituição	Medida individual, com a pessoa, sem placar
Não suspender o que não funciona	Tempo de equipe consumido; desânimo	Decisão de suspender com registro e substituição

SÍNTESE

Cronograma é sequência de marcos e pontos de decisão, em três escalas, com data de reavaliação — não é lista de intenções nem folheto de programação. Indicadores medem processo e resultado, precisam ser coletáveis, sensíveis, compreensíveis, poucos e não punitivos. Registre avanços que o indicador principal não captura, classifique barreiras (acesso, vínculo, recursos, vida) em vez de adjetivar pessoas, e avalie cada intervenção comparando previsto e observado, com três saídas

possíveis: manter, ajustar, suspender. E vigie o ponto em que medir vira vigiar: indicador público, punitivo ou que substitui a escuta deixa de servir ao cuidado.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escolha uma meta de processo e uma de resultado de um caso seu (real ou fictício) e defina, para cada uma, indicador, frequência, fonte e sinal de alerta.
Resposta comentada: exemplo: meta de processo — "comparecer a quatro dos cinco contatos em 30 dias"; indicador — número de comparecimentos; frequência — semanal; fonte — registro de atendimento; sinal de alerta — duas faltas consecutivas sem contato, com busca ativa em 48 horas. Meta de resultado — "30 dias sem cocaína e crack"; indicador — dias sem uso, por autorrelato; frequência — semanal; fonte — relato no atendimento + dois contatos telefônicos de verificação; sinal de alerta — uso em contexto de fissura sem acionar a equipe, o que indica falha do plano de resposta e não apenas "recaída".

2. Uma equipe mantém há cinco meses uma oficina de música para um usuário, sem nenhum registro de efeito e com faltas frequentes dele. Escreva o registro de decisão que suspende a intervenção, com justificativa técnica.
Resposta comentada: "Oficina de música suspensa em 15/04, após cinco meses. Dados: 6 presenças em 20 encontros; nenhum registro de efeito sobre os objetivos do PTS; relato do usuário de que 'não é a praia dele'. Ação: substituída por acompanhamento individual quinzenal, com foco em situações de trabalho, conforme objetivo 4. Registro da decisão e comunicação à pessoa, com possibilidade de retorno se houver interesse. Reavaliação em 60 dias." A justificativa usa dados, não impressão, e substitui em vez de apenas retirar.

3. Um serviço quer afixar na parede um quadro com os dias sem uso de cada residente. Escreva os dois argumentos contrários mais fortes e a alternativa que preserva o valor simbólico do progresso.
Resposta comentada: argumentos: (i) exposição — o quadro transforma dado clínico em informação pública, e quem recai fica marcado diante de colegas, o que costuma aumentar o isolamento e a ocultação; (ii) efeito perverso sobre o relato — se o número é público, a pessoa passa a esconder episódios para não "zerar" o quadro, e a equipe perde justamente a informação que precisaria para agir. Alternativa: registro individual, com a pessoa, em caderno ou aplicativo simples, e um ritual coletivo de reconhecimento de marcos escolhidos por cada um (não só dias sem uso) — o que preserva o valor simbólico sem transformar o cuidado em placar.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um PTS define como único indicador "permanecer abstinente", verificado por autorrelato em atendimento mensal, com a informação de que o relato de uso será comunicado à família. A crítica mais adequada é:

a) o indicador é adequado, porque a abstinência é o resultado central e o relato mensal é suficiente.

b) o indicador é insuficiente e o uso do relato como informação repassada à família tende a produzir ocultação; faltam indicadores de processo, fonte mais próxima no tempo e garantia de uso protegido da informação.
c) o indicador é inadequado apenas porque deveria ser semanal em vez de mensal.
d) o indicador é inadequado porque abstinência não deve ser medida em PTS, apenas a qualidade de vida.

Gabarito: b.
Um único indicador de resultado, verificado uma vez por mês e com consequência familiar, reúne três problemas: não mostra por que algo não funcionou, mede com atraso e cria incentivo para esconder. (a) ignora os três. © corrige a frequência e mantém o incentivo à ocultação. (d) radicaliza: abstinência é resultado legítimo e mensurável — o que não pode é ser o único.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, cronograma e indicadores evitam dois extremos: a análise infinita e a cobrança difusa. Duas providências práticas: combine com a pessoa dois ou três indicadores simples, que ela mesma possa anotar (noites de sono, dias sem uso, contatos feitos), e marque a data da revisão no calendário, no ato da construção. Em atendimento de codependência familiar, os indicadores precisam ser sobre a vida de quem está na sua frente — não sobre o comportamento do outro. "Quantas vezes você assumiu uma dívida dele neste mês" é um indicador legítimo e transformador; "quantas vezes ele usou" não é seu indicador, e tentar medi-lo coloca você no lugar de fiscal.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013 — projeto terapêutico singular, acompanhamento e reavaliação.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 16, 20 e 21.
MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (org.). **Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York: Guilford Press, 1985.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018** — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).
BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

UNIDADE 4.6 · 1 H

4.6 Estruturação do documento

Apresentação

Existem dois tipos de PTS que não servem para nada. O primeiro tem doze páginas, fonte pequena, tabelas coloridas e nunca é aberto depois da reunião em que foi apresentado. O segundo tem meia página, três frases genéricas e é assinado por todo mundo — e também nunca é aberto, porque não há nada nele que ajude a decidir o que fazer na terça-feira.

O documento que funciona fica entre os dois: três a seis páginas, escrito em linguagem que a pessoa entende, com os doze campos preenchidos apenas na medida em que cada um muda uma decisão. Ele é instrumento de trabalho, não prova de dedicação.

Esta unidade fecha o Módulo 4 montando o documento inteiro — campo por campo, com o que entra, o que não entra e os erros mais comuns — e propõe a atividade de elaboração de um PTS simplificado, que será retomada na oficina do Módulo 8.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. montar um PTS completo nos doze campos do modelo orientador, com extensão adequada;
2. escrever cada campo em linguagem objetiva, sem adjetivos morais e sem jargão desnecessário;
3. incluir plano de contingência com passos concretos para fissura, lapso, crise e risco;
4. registrar versão, participantes, concordâncias e divergências;
5. revisar o documento com critérios verificáveis antes de apresentá-lo.

Desenvolvimento

Os doze campos

O modelo orientador do curso tem doze blocos. A tabela indica o que entra em cada um, a extensão razoável e o erro típico.

Campo	O que entra	Extensão	Erro típico
1. Identificação	nome, idade, serviço, equipe de referência, data, quem participou e como	3 a 5 linhas	lista de nomes sem dizer quem construiu o quê

Campo	O que entra	Extensão	Erro típico
2. História e situação atual	narrativa sintética com marcos: início do uso, internações, perdas, trabalho, família, moradia, questões legais	1 página	biografia longa, sem marcos úteis
3. Diagnóstico situacional	tabela por dimensão: necessidades, potencialidades, riscos	1 página	lista de problemas sem mecanismo
4. Prioridades acordadas	até três a cinco, com critério, quem reconhece e o que fica fora	½ página	dez prioridades; nenhuma justificada
5. Objetivo terapêutico	um por prioridade, com sujeito e mudança observável	½ página	objetivo escrito como atividade do serviço
6. Metas	curto, médio e longo prazo, com prazo, indicador, fonte e responsável	½ a 1 página	meta sem prazo ou sem indicador
7. Intervenções	o quê, por quê, como, frequência, recursos, resultado esperado	1 página	rotina da casa listada como intervenção
8. Responsabilidades	cinco sujeitos, com ação, prazo e verificação	½ página	"responsável: equipe"
9. Rede	serviço, papel, contato, periodicidade	½ página	"rede acionada"
10. Plano de contingência	fissura, lapso, recaída, crise, risco de suicídio, violência	1 página	"em caso de recaída, retomar o tratamento"
11. Indicadores e cronograma	marcos, pontos de decisão, indicadores com fonte e sinal de alerta	½ a 1 página	cronograma com tudo na primeira semana
12. Reavaliação	data, participantes, o que será olhado, decisões possíveis	3 a 5 linhas	"reavaliar periodicamente"

Total: de três a seis páginas, com anexos (laudos, exames, registros) separados. Um PTS que passa de oito páginas sem anexo precisa de edição, não de mais conteúdo.

Identificação: quem construiu, com quem

Este campo parece formal e é decisivo. Registre: quem é a pessoa, quem é a equipe de referência, **quem participou da construção e de que modo** ("Rafael, presencialmente, nas duas primeiras sessões; Dona Sônia, em entrevista com consentimento, em 12/03; equipe, em reunião de 14/03"), a data e a versão.

Isso responde a três perguntas que aparecem depois: de quem é essa decisão? A pessoa concordou? Esta versão substitui qual? Sem isso, o documento passa a circular como se fosse consenso, quando muitas vezes foi decisão de uma pessoa só.

História: narrativa com marcos

Não é biografia; é linha do tempo útil. Quatro ou cinco marcos bastam: quando o uso começou e em que contexto; o que aconteceu nas tentativas anteriores; as perdas relevantes; o que existe hoje de vínculo, trabalho e moradia.

Marque o que é relato (R), observação (O) e hipótese (H), como no Módulo 3. E não repita o laudo: anexe.

Diagnóstico situacional: a tabela que organiza

A tabela por dimensão (uso, saúde, família, trabalho e renda, situação legal, rede, subjetividade) com necessidades, potencialidades e riscos. Duas colunas costumam faltar: **potencialidades utilizáveis** e **lacunas com responsável**. Sem elas, o documento só descreve o que falta.

Prioridades e objetivos

Prioridades com critério declarado e o parágrafo do que fica fora. Objetivos com sujeito, mudança observável e vínculo com a prioridade. Um objetivo por prioridade é o padrão; dois é aceitável quando um deles é condição do outro.

Metas, intervenções, responsabilidades

Metas com prazo, indicador, fonte e responsável pela verificação. Intervenções com os seis campos. Responsabilidades distribuídas entre os cinco sujeitos. Se você escreveu esses três campos nas unidades anteriores, aqui é só montagem — e a montagem revela incoerências: meta sem intervenção, intervenção sem objetivo, responsável que não existe no serviço.

Rede: serviço, papel, contato, periodicidade

Uma tabela simples resolve o que costuma ficar vago.

Serviço	Papel no caso	Contato	Periodicidade
UBS	acompanhamento clínico, aferição, exames	enfermeira de referência, ramal e horário	mensal
CAPS AD	avaliação psiquiátrica e acompanhamento	nome do profissional que atendeu	conforme agenda
CRAS	qualificação profissional	nome e telefone institucional	sob demanda
Defensoria	orientação jurídica sobre a dívida	protocolo do atendimento	conforme retorno
Grupo de mútua ajuda	pertencimento e apoio	endereço e horário	voluntário

"Rede acionada" não é informação. Nome, papel, contato e periodicidade são.

Plano de contingência: o campo que salva o caso

Este é o campo que separa um PTS de um plano de intenções. Ele responde: **o que fazer quando algo der errado, e quem faz o quê.** Precisa de passos concretos, contatos acessíveis e critério de acionamento.

Seis situações devem estar previstas, adaptadas ao contexto:

1. Fissura. Sinais que a pessoa reconhece; o que ela faz (três passos, na ordem); quem ela aciona; o que a equipe faz ao ser acionada; o que não se faz (não se promete sigilo absoluto, não se pune o relato).

2. Lapso ou episódio de uso. Quem contata quem em 24 horas; o que será analisado (contexto, gatilho, o que do plano funcionou); o que muda no plano; o que **não** muda (o vínculo, a contagem do processo).

3. Recaída com retorno ao padrão anterior. Critérios de intensificação (frequência de contato, reavaliação de prioridade, consideração de maior intensidade de cuidado); quem decide; em quanto tempo.

4. Crise clínica. Sinais de gravidade (confusão, convulsão, dor torácica, rebaixamento de consciência, abstinência com tremor intenso); o que a instituição faz e o que **não** faz; para onde ligar; quem acompanha.

5. Risco de suicídio. Perguntas de checagem; o que fazer se houver ideação com plano ou acesso a meio; quem fica com a pessoa; contatos de urgência; registro.

6. Violência. Sinais; a quem se comunica; o que se registra; quando se aciona a rede de proteção; o que não se faz (não se promove confrontação com o agressor, não se expõe a pessoa).

Um exemplo de contingência bem escrita, para fissura: "Sinais: vontade intensa de usar, inquietação, pensamento acelerado, insônia. Passos: (1) sair do ambiente e ligar para o contato de referência; (2) beber água, comer algo, caminhar 20 minutos; (3) usar o registro do plano e reler os três motivos escritos por ele. Acionamento: telefone do plantão, disponível até 22h; fora desse horário, mensagem e retorno em até 12 horas. A equipe não pune o relato e registra o episódio para revisão do plano."

Indicadores, cronograma e reavaliação

Indicadores com fonte e sinal de alerta; cronograma com marcos e pontos de decisão; reavaliação com **data**, participantes e o que será olhado. Escreva, no ato da construção, o que decidirá a reavaliação: manter, ajustar, trocar prioridade, intensificar ou encerrar.

Linguagem: sete cortes

1. Adjetivos morais ("manipulador", "resistente", "carente").
2. Jargão sem função.
3. Voz passiva que esconde o agente.

4. Narrativa de bastidor da reunião.
5. Expectativa no lugar de ação ("espera-se que se engaje").
6. Condicional vago ("seria importante que").
7. Frases com mais de três linhas: corte em duas.

Versão, ciência e guarda

Todo PTS tem versão e data. Quando muda, gera-se nova versão — não se apaga o que existia: registra-se a mudança e o motivo. A pessoa tem direito de conhecer o que está registrado sobre ela e de pedir correção; o registro de ciência (assinatura, leitura em voz alta, anotação de discordância) faz parte do documento.

Guarda e acesso seguem a LGPD: quem acessa, para quê, com que proteção. Em instituição, o PTS fica no prontuário, com acesso restrito à equipe de cuidado; não circula em grupo, não é lido em reunião com outros residentes, não é enviado a terceiros sem consentimento — salvo as exceções previstas em lei.

ATIVIDADE DO MÓDULO

Elaborar um PTS simplificado (3 a 4 páginas) para o caso abaixo, com os doze campos. Esta atividade é autoinstrucional: você a faz sozinho, compara com os critérios de autoavaliação e retoma o resultado na oficina do Módulo 8.

Caso. Cláudia, 41 anos, professora de ensino fundamental, casada, dois filhos adolescentes. Usa clonazepam há seis anos, iniciado por insônia após uma demissão; a prescrição foi renovada sucessivamente por três médicos diferentes, sem reavaliação. Hoje toma duas a três vezes a dose prescrita e compra o medicamento por conta própria quando a receita acaba. Relata esquecimentos, sonolência diurna, queda de rendimento no trabalho e brigas com o marido, que diz que ela "está viciada". Nega uso de álcool e outras drogas. Tem acompanhamento ginecológico anual e não tem psiquiatra há três anos. Quer "voltar a dormir sem remédio", mas teme convulsão se parar. A escola já sinalizou faltas e atrasos.

Passos sugeridos. (1) Escreva a identificação, incluindo quem participou. (2) Monte a história com marcos: início, escalada, tentativas, perdas. (3) Faça a tabela de dimensões com necessidades, potencialidades e riscos. (4) Defina até três prioridades, com critério e o que fica fora. (5) Escreva um objetivo por prioridade. (6) Defina metas com prazo, indicador e fonte. (7) Descreva as intervenções com os seis campos. (8) Distribua responsabilidades entre os cinco sujeitos. (9) Preencha a rede. (10) Escreva o plano de contingência, incluindo abstinência de benzodiazepínico com risco de convulsão. (11) Defina indicadores e cronograma. (12) Marque a data da reavaliação e o que será olhado.

Critérios de autoavaliação. O documento tem os doze campos; nenhum objetivo está escrito como atividade do serviço; toda meta tem prazo, indicador e fonte; nenhuma intervenção é rotina da casa; nenhuma responsabilidade está atribuída à "equipe" sem nome; o plano de contingência

tem passos e contatos, não intenções; a pessoa aparece como sujeito em pelo menos um objetivo e em pelo menos uma responsabilidade; o documento cabe em quatro páginas.

Resolução comentada (síntese do que se espera). A prioridade não é "parar o remédio": é a **dependência de benzodiazepínico com escalada de dose e risco de abstinência**, que exige articulação com prescritor e redução supervisionada — jamais orientação para suspender por conta própria. A segunda prioridade é o **risco funcional** (trabalho, sonolência, esquecimentos), que ameaça o vínculo profissional e a segurança dos alunos. A terceira é a **relação conjugal e o isolamento**, com um objetivo que não seja "convencer o marido", e sim comunicação e combinados. As potencialidades são reais: trabalho estável, vínculo com os filhos, consciência do problema, desejo explícito de mudar, acesso a serviço de saúde. O plano de contingência precisa prever que a retirada abrupta de benzodiazepínico pode produzir convulsão e que a conduta é do prescritor, com a equipe garantindo acesso e acompanhamento. E há uma responsabilidade que a equipe costuma esquecer: **não reforçar o discurso do marido** ("viciada") nem o da própria Cláudia ("falta de força de vontade"), porque ambos aumentam a vergonha e reduzem a chance de ela contar o que está acontecendo.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Documento longo e nunca lido	Instrumento vira arquivo	Três a seis páginas; anexos separados
Campos preenchidos "porque existem"	Volume sem decisão	Cada campo precisa mudar uma decisão
Contingência genérica	Na crise, ninguém sabe o que fazer	Passos, contatos, critério de acionamento
Rede sem nome e sem contato	Encaminhamento se perde	Serviço, papel, contato, periodicidade
Versões apagadas	Perde-se a história das decisões	Nova versão com data e motivo da mudança
Pessoa não conhece o documento	PTS deixa de ser compartilhado	Leitura com a pessoa; registro de ciência e discordância
Documento circulando sem critério	Violação de privacidade	Acesso restrito; LGPD; consentimento para compartilhar
Atividade do módulo feita como resumo	Não se aprende a montar	Doze campos completos, com metas e contingência

SÍNTESE

O PTS é um documento de três a seis páginas, com doze campos, escrito para ser usado. Identificação diz quem construiu e com quem; história traz marcos, não biografia; diagnóstico situacional organiza dimensões, potencialidades e lacunas; prioridades trazem critério e o que fica fora; objetivos têm sujeito e mudança observável; metas têm prazo, indicador e fonte; intervenções têm seis campos; responsabilidades se distribuem entre cinco sujeitos; rede tem nome e contato; contingência tem passos para fissura, lapso, recaída, crise, risco e violência; indicadores e cronograma dão movimento; reavaliação tem data e critério. Versão, ciência e guarda protegida completam o instrumento. E a linguagem se edita: menos adjetivo, mais ação.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escreva o plano de contingência para lapso, em cinco linhas, com passos, prazos e responsáveis.
Resposta comentada: "Em caso de episódio de uso: (1) Rafael informa a equipe em até 24 horas, por telefone ou no atendimento; (2) o técnico de referência realiza contato em até 48 horas e registra o contexto (onde, com quem, o que aconteceu antes, o que do plano foi usado); (3) em até 7 dias, equipe e Rafael revisam o plano de fissura com base no episódio; (4) o vínculo e a contagem do processo não são reiniciados; (5) se houver dois episódios em 30 dias, a prioridade é reavaliada e a intensidade do cuidado é revista em reunião de equipe."

2. Reescreva a frase, retirando o que não é informação: "Paciente pouco colaborativo, família desestruturada, necessita de acompanhamento multidisciplinar e de ressignificação da relação com a substância".
Resposta comentada: uma reescrita possível: "Compareceu a 2 de 5 contatos agendados (março); nas faltas, avisou depois (R). Mora com a mãe e a irmã; irmã sem contato com ele há 8 meses (R). Encaminhamento ao CAPS AD solicitado em 12/03, sem confirmação até 30/03 (O). Objetivo acordado: reduzir o uso de cocaína, com plano para fissura noturna (R, 12/03)." A reescrita troca três juízos por dados com fonte, e o "necessita de acompanhamento multidisciplinar" por um encaminhamento com data e status.

3. Aplique os sete cortes de linguagem a um parágrafo do seu próprio PTS (ou a um trecho do caso Cláudia que você escreveu) e registre o antes e o depois.
Resposta comentada: o exercício não tem resposta única; o que se avalia é se o "depois" eliminou adjetivos morais, jargão, voz passiva sem agente, bastidor, expectativa, condicional vago e frases longas. Um exemplo: antes — "Seria importante que a paciente fosse acompanhada por equipe multidisciplinar, pois apresenta baixa adesão e quadro de dependência grave, esperando-se que se engaje no tratamento." depois — "Cláudia tem consulta com psiquiatra agendada para 28/03 (O) e compareceu a 3 dos 4 contatos de março (O). Se faltar duas vezes seguidas, a equipe liga em 48 horas (responsável: técnica de referência)."

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Ao revisar um PTS, você encontra no campo "plano de contingência": "Em caso de recaída, o usuário deverá procurar o serviço e retomar o tratamento". A revisão mais adequada é:

a) manter o texto, porque a orientação é correta e o usuário sabe procurar o serviço quando precisar.
b) substituir por passos concretos, com critério de acionamento, prazos, responsáveis e definição do que muda e do que não muda no plano após um episódio.
c) manter o texto e acrescentar a informação de que a recaída será registrada no prontuário e comunicada à família.
d) substituir por uma meta de abstinência, já que contingência é consequência de meta não cumprida.

Gabarito: b.
Contingência genérica não orienta ninguém no momento em que a pessoa está em risco, e a frase transfere toda a responsabilidade a quem está mais vulnerável. (a) confunde obviedade com plano. © acrescenta controle e comunicação de dado sensível, sem resolver a falta de passos. (d) confunde instrumentos: contingência não é meta, é resposta prevista para quando algo não sai como planejado.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o documento pode ser mais curto e não menos completo: uma página de síntese, uma tabela de prioridades, objetivos e metas, e um plano de contingência com telefones. Duas providências fazem diferença. Primeira: escreva o documento **com** a pessoa, na sessão, e leia em voz alta — o que ela corrige ali vale mais que qualquer revisão posterior. Segunda: guarde a versão e a data; em seis meses, a comparação entre versões é o melhor registro de evolução que você terá. Se você atende familiares, mantenha dois documentos separados quando houver dois cuidados — e nunca inclua informação de um no documento do outro sem consentimento explícito.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 8º, 16, 19, 20 e 21.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018** — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BAPTISTA, J. Á. et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020.

05

Aplicação do PTS na área da dependência química

6 HORAS · 6 UNIDADES

O PTS no campo da dependência química: prevenção de recaída, saúde mental associada, família, reinserção social e contextos de atendimento.

UNIDADE 5.1 · 1 H

5.1 A singularidade no processo de recuperação

Apresentação

Duas pessoas chegam ao mesmo serviço com o mesmo diagnóstico escrito na guia de encaminhamento: "transtorno por uso de cocaína e crack". Uma tem 34 anos, dívida ativa, um filho de seis anos e uma mãe que ainda paga as contas dele. A outra tem 52 anos, emprego estável, nenhum vínculo familiar e usa desde os 17. Se o projeto terapêutico das duas for parecido, uma delas está sendo tratada por um diagnóstico, não como pessoa.

Este módulo inteiro trata da aplicação do PTS na dependência química. E ele começa por aquilo que a sigla já promete e que a rotina dos serviços costuma apagar: o **singular**. Não como elogio à diferença, mas como exigência técnica. Duas pessoas com o mesmo diagnóstico têm histórias de consumo diferentes, funções diferentes para a substância, recursos diferentes, riscos diferentes e desejos diferentes. O plano que serve às duas é o plano que não serve a nenhuma.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. explicar por que a recuperação é um processo singular e não um protocolo único;
2. distinguir histórias de consumo, funções do uso e trajetórias de recuperação;
3. identificar fatores associados ao consumo e ao cuidado sem transformá-los em destino;
4. situar a motivação como processo relacional, e não como traço de personalidade;
5. traduzir essas diferenças em decisões concretas de PTS.

Desenvolvimento

Recuperação não é um estado único

Na linguagem cotidiana dos serviços, "recuperação" costuma significar uma coisa só: parar de usar e permanecer sem usar. Essa definição é simples, verificável e insuficiente — porque há pessoas que param de usar e continuam sem vida, e pessoas que reduzem muito o uso e reconstroem trabalho, vínculo e moradia. Se o serviço só reconhece a primeira como sucesso, ele desqualifica a segunda e, muitas vezes, abandona quem está no meio do caminho.

Definições amplas de recuperação, usadas internacionalmente em políticas de saúde mental, costumam combinar quatro dimensões: **saúde** (manejo dos sintomas e do uso), **casa** (moradia estável e segura), **propósito** (trabalho, estudo, cuidado, pertencimento) e **comunidade** (relações e participação). Nenhuma delas é obrigatória para começar, e todas são legítimas como direção.

Para o PTS, isso tem uma consequência prática: o objetivo não é definido pelo que o serviço considera sucesso, e sim pelo que a pessoa reconhece como vida melhor — com a equipe dizendo, com clareza, o que é risco, o que é possível e o que não é da sua competência.

Histórias de consumo diferentes

A mesma substância ocupa lugares diferentes na vida das pessoas. Quatro perguntas ajudam a mapear isso no PTS:

Quando começou e em que contexto? Uso iniciado na adolescência, em situação de rua, tem trajetória e necessidades distintas de uso iniciado aos 40, após uma perda ou uma prescrição médica.

Qual a função do uso? Anestesiar dor, conseguir dormir, trabalhar mais, pertencer a um grupo, suportar a abstinência de outra substância, responder à cobrança de um ambiente. A função explica por que "só parar" não resolve: se a função não for substituída, o uso retorna ou é trocado.

Qual o padrão? Diário e contínuo, episódico e intenso (binges), social e controlado em aparência, restrito a contextos específicos. O padrão define o risco e o tipo de intervenção.

O que já foi tentado? Internações, grupos, promessas, mudanças de cidade, religião, trabalho novo. Cada tentativa fracassada ensina algo — e cada tentativa fracassada também pode ter ensinado a pessoa a não tentar de novo.

Trajetórias de recuperação diferentes

Há quem pare de uma vez e sustente por anos; há quem alterne períodos de uso e abstinência; há quem reduza gradualmente; há quem nunca pare completamente e melhore muito em outras dimensões. A literatura sobre cursos de uso e recuperação descreve essa heterogeneidade há décadas, e os serviços que trabalham com metas graduais sabem que elas são, para parte das pessoas, o caminho realista.

Isso não significa que qualquer meta sirva. Significa que a meta precisa ser **negociada com base em risco e possibilidade**, e não escolhida por preferência da equipe. Abstinência continua sendo, para muitas pessoas e situações, o objetivo mais seguro — especialmente quando há risco de overdose, comprometimento clínico, violência ou uso de substâncias com abstinência grave.

Fatores associados: nem destino, nem desculpa

Fatores associados ao consumo aparecem no PTS como parte do diagnóstico situacional: história de trauma, sofrimento psíquico, desemprego, moradia precária, ruptura familiar, envolvimento com o tráfico, baixa escolaridade, discriminação, ausência de rede.

Dois erros simétricos devem ser evitados. O primeiro é transformar fator associado em causa única e em sentença: "veio da rua, não tem jeito". O segundo é ignorá-los e cobrar força de vontade de quem enfrenta condições materiais que a equipe não considerou. O PTS não resolve desemprego nem violência, mas pode incluir ações que mudem parte dessas condições — e precisa declarar o que está fora do seu alcance.

Motivação: processo, não traço

A formulação mais difundida sobre motivação são os **estágios de mudança** (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção), com a etapa de recaída incluída depois. Eles ajudam a equipe a não exigir ação de quem ainda está avaliando, e a não tratar como "resistente" quem apenas não foi convencido.

O uso rígido do modelo, porém, produz erros conhecidos: tratar estágios como caixas sequenciais (as pessoas voltam, pulam, oscilam), supor que a equipe sabe em que estágio a pessoa está, e transformar a "entrevista motivacional" em técnica de convencimento. A entrevista motivacional, como formulada por Miller e Rollnick, parte do contrário: a ambivalência é normal, a autonomia é da pessoa, e o papel do profissional é criar condições de conversa, não empurrar.

No PTS, isso se traduz em uma pergunta prática: **o que essa pessoa está pronta para fazer agora, e o que a equipe faz enquanto ela não está?** Para quem não quer parar, o plano pode ser redução de dano, vínculo, cuidado clínico, moradia, alimentação — e uma porta aberta. Isso não é complacência: é a única forma de continuar no jogo.

Autonomia e novos projetos de vida

A autonomia não é um prêmio entregue ao final. É uma condição a ser construída e respeitada desde o início, dentro dos limites de risco. Ela aparece no PTS em detalhes concretos: quem escolhe a ordem das prioridades, quem decide sobre a medicação, quem define com quem a família será contatada, quem pode dizer não a uma atividade.

Projetos de vida, por sua vez, são o que sustenta a mudança quando a novidade do tratamento passa. "Parar de usar" é um projeto frágil a longo prazo; "voltar a trabalhar em obra", "cuidar do filho sem supervisão", "terminar o supletivo", "sair da casa da mãe" são projetos que dão sentido ao esforço diário. O PTS deve conter pelo menos um projeto que a pessoa nomeie com essas palavras.

O que isso muda no PTS

Elemento do PTS	Sem singularidade	Com singularidade
Prioridade	"abstinência" para todos	prioridade definida com a pessoa, considerando risco
Objetivo	parar de usar	parar, reduzir, estabilizar, sair da rua, retomar contato com o filho
Meta	100% abstinente em 30 dias	meta graduada, com prazo e indicador compatíveis
Intervenção	grupo e internação	combinação desenhada para a função do uso e a rotina real
Responsável	equipe	pessoa nomeada, com papel definido

Elemento do PTS	Sem singularidade	Com singularidade
Indicador	exame	o que a pessoa e a equipe conseguem medir e usar

EXEMPLO APLICADO

Três pessoas, o mesmo serviço, o mesmo diagnóstico na guia. Compare as decisões.

Rafael, 34 anos. Uso de cocaína e crack há oito anos, com episódios de binge noturno, dívida ativa, filho de seis anos, mãe provedora, histórico de duas internações. Trabalha informalmente em obra. Diz que quer "voltar a ser pai". Função do uso: suportar a vergonha e o desemprego intermitente; crack associado à noite e à companhia de dois amigos.

Prioridade: reduzir risco de episódios noturnos e retomar contato supervisionado com o filho. Objetivo: "conseguir passar quatro noites por semana em casa, dormindo, e retomar as visitas ao filho". Meta: 30 dias com no máximo dois episódios; contato quinzenal com o filho mediado pela mãe. Intervenções: plano de fissura noturno, mudança de rota e de companhia no horário crítico, contato semanal, articulação com o CAPS AD, conversa com a mãe sobre o dinheiro. Indicadores: noites em casa, episódios por mês, contatos com o filho.

Antônio, 52 anos. Uso de álcool diário há mais de 30 anos, sem vínculo familiar, moradia em pensionato, trabalho como vigia noturno. Nega problema, diz que "bebe para dormir". Sem história de internação. Hipertensão sem acompanhamento.

Prioridade: risco clínico e sono. Objetivo: "dormir sem álcool em pelo menos três noites por semana e retomar o acompanhamento da pressão". Meta: consulta na UBS em 15 dias; redução de dose noturna com acompanhamento; três noites por semana sem álcool em 60 dias. Intervenções: consulta clínica, avaliação de risco de abstinência, estratégias de sono, vínculo com o serviço, redução de dano. Indicadores: noites sem álcool, comparecimento, pressão aferida. Note que o objetivo não é abstinência: é risco e sono — e isso é uma decisão técnica, não uma concessão.

Lucas, 19 anos. Uso de maconha diário, mora com os pais, cursava o terceiro ano do ensino médio e parou. Foi levado pela mãe, não reconhece problema, diz que "só fuma à noite". Sem sinais de gravidade clínica.

Prioridade: vínculo e retomada escolar. Objetivo: "voltar a frequentar as aulas e conversar com a mãe sem briga". Meta: matrícula mantida e 70% de presença em 60 dias; duas conversas mediadas com a mãe. Intervenções: atendimento individual com foco em autonomia, conversa com a escola, orientação familiar, sem exigir abstinência como condição de entrada. Indicadores: presença escolar, conflitos semanais em casa.

Os três planos compartilham o método e não compartilham o conteúdo. É isso que se espera de um PTS.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma comunidade terapêutica recebe três pessoas no mesmo dia e a coordenação propõe "padronizar o acolhimento": mesma sequência de atividades, mesma meta de abstinência em 30 dias, mesma avaliação semanal. O argumento é que "a casa tem um método e ele funciona".

Tarefa. Identifique o que está correto e o que está inadequado nessa proposta, e proponha uma solução que preserve o método da casa sem apagar a singularidade.

Resolução comentada. Correto: ter rotina, protocolo de acolhimento, avaliação de risco e critérios de segurança — padronizar o que protege é bom e necessário. Inadequado: padronizar metas, prioridades e indicadores, porque isso transforma o método em fim e a pessoa em item de programa; e fixar abstinência em 30 dias como meta única contraria a própria lógica do PTS e ignora trajetórias distintas. Solução: manter o protocolo de acolhimento (avaliação de risco, rotina, regras, plano de crise) e construir, para cada pessoa, um PTS com prioridades, objetivos e metas próprios, usando os recursos da casa como intervenções — com registro do que é método institucional e do que é decisão singular. O critério de sucesso da casa passa a ser "cada pessoa tem um plano e ele é acompanhado", não "todos cumprem a mesma etapa".

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Um PTS padrão para todos	Pessoas diferentes recebem o mesmo plano e o mesmo fracasso	Prioridades e metas definidas caso a caso
Abstinência como única meta legítima	Quem não quer parar sai do cuidado e perde vínculo	Metas graduadas e redução de dano, com risco avaliado
Motivação tratada como traço	"Fulano não tem motivação" encerra a análise	Perguntar o que a pessoa está pronta a fazer agora
Estágios de mudança como caixas rígidas	Equipe rotula e espera o "estágio certo"	Usar como linguagem, não como diagnóstico
Fatores sociais como destino	Nada é tentado porque "o contexto é difícil"	Declarar o que está fora do alcance e agir no que é possível
Projeto de vida ausente	Plano sem sentido quando a novidade passa	Incluir ao menos um projeto nomeado pela pessoa
Autonomia só no discurso	Decisões tomadas sem a pessoa e comunicadas depois	Registrar quem decidiu o quê, e como ela participou

SÍNTESE

Recuperação é um processo singular, com dimensões de saúde, casa, propósito e comunidade, e não um estado único de abstinência. Histórias de consumo diferem em início, função, padrão e tentativas anteriores; trajetórias diferem em forma e velocidade. Fatores associados não são destino nem desculpa: entram no diagnóstico situacional e delimitam o que o plano pode e não pode enfrentar. Motivação é processo relacional, e a pergunta útil é o que a pessoa está pronta a fazer agora — e o que a equipe faz enquanto ela não está pronta. Autonomia se constrói em decisões concretas, e projetos de vida dão sustentação ao esforço diário. O método é comum; o conteúdo é de cada um.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escolha um caso real ou fictício e responda às quatro perguntas da história de consumo (início e contexto, função, padrão, tentativas). Depois, escreva uma prioridade que decorra dessas respostas e que não seria a mesma se a função do uso fosse outra.
Resposta comentada: o exercício não tem resposta única; avalia-se a coerência entre função identificada e prioridade escolhida. Exemplo: se a função do uso é dormir, a prioridade inclui sono e avaliação clínica, não apenas "parar"; se a função é pertencer a um grupo, a prioridade inclui construir pertencimento alternativo, e a intervenção precisa ser grupal.

2. Um usuário em pré-contemplação comparece porque a justiça exigiu. A equipe quer propor abstinência imediata como condição para o atendimento. Escreva um plano de 30 dias que respeite a autonomia e, ao mesmo tempo, endereçe o risco.
Resposta comentada: exemplo: vínculo e avaliação de risco como prioridade; objetivo "manter dois contatos por semana e construir com a equipe um plano para não usar em situação de rua"; metas de comparecimento e de redução de risco (não compartilhar seringas, não usar sozinho, hidratação); intervenções de redução de dano, articulação com assistência social e moradia; indicadores de comparecimento e de episódios de risco. A abstinência pode ser oferecida como uma das portas, não como pedágio.

3. Explique, em cinco linhas, por que "falta de motivação" é uma explicação insuficiente e qual pergunta a substitui.
Resposta comentada: porque "falta de motivação" descreve um resultado observado, não um mecanismo, e costuma funcionar como encerramento moral da análise. A pergunta que a substitui é: o que essa pessoa está pronta a fazer agora, o que a impede, e o que a equipe pode oferecer enquanto isso? A resposta desloca a intervenção do convencimento para a ampliação de possibilidades.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Duas pessoas com o mesmo diagnóstico chegam ao serviço. A equipe propõe o mesmo PTS, argumentando que "o protocolo garante equidade". A crítica tecnicamente adequada é:

a) a proposta é correta, porque tratar todos igualmente é a definição de equidade em saúde.
b) a proposta confunde equidade com uniformidade: o protocolo pode ser comum, mas prioridades, metas e intervenções precisam responder à história, à função do uso e ao risco de cada pessoa.
c) a proposta é incorreta apenas porque deveria haver um protocolo diferente para cada faixa de idade.
d) a proposta é incorreta porque protocolos não devem existir em serviços de dependência química.

Gabarito: b.
Equidade é tratar diferentemente quem tem necessidades diferentes, com o mesmo cuidado técnico e os mesmos direitos. (a) confunde igualdade formal com equidade. © troca um critério rígido por outro e mantém a lógica de plano padrão. (d) radicaliza: protocolos de risco, rotina e segurança são necessários — o que não pode ser padronizado é o projeto terapêutico.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a singularidade aparece no contrato inicial. Duas providências: (1) antes de qualquer meta, mapeie a função do uso e a rotina real — onde, com quem, em que horário, o que acontece antes e depois; (2) pergunte diretamente o que a pessoa quer que mude primeiro, e diga o que você considera risco. Em atendimento de codependência familiar, a mesma lógica vale para o familiar: a história dele com o uso do outro, a função que o cuidado exerce na vida dele e o que ele quer mudar primeiro — que raramente é "fazer o outro parar".

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.
MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: helping people change**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2012.
WHITE, W. L. Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 33, n. 3, p. 229-241, 2007.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.

UNIDADE 5.2 · 1 H

5.2 Planejamento terapêutico e prevenção de recaídas

Apresentação

Poucas palavras carregam tanto julgamento quanto "recaída". No uso corrente, ela descreve uma falha moral: quem recai "não quis", "não se esforçou", "voltou ao que era". No uso técnico, descreve um evento previsível em um processo de mudança — e, justamente por ser previsível, um evento para o qual se planeja.

Esta unidade trata do planejamento terapêutico voltado à prevenção de recaídas e, principalmente, da resposta a ela. A tese é simples e contraria a cultura de muitos serviços: **o plano de prevenção não serve para impedir que a pessoa use; serve para que, se usar, ela conte, entenda e continue.** Um serviço que pune a recaída não reduz recaídas — reduz relatos.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. distinguir lapso, recaída e retorno ao padrão anterior, com consequências diferentes para o plano;
2. mapear situações de alto risco, gatilhos internos e externos e padrões comportamentais;
3. construir estratégias de enfrentamento viáveis para a rotina real da pessoa;
4. escrever um plano de prevenção e resposta à recaída com passos, prazos e responsáveis;
5. reconhecer os erros que transformam prevenção em vigilância.

Desenvolvimento

Três eventos, três respostas

A literatura de prevenção de recaídas, inaugurada por Marlatt e Gordon na década de 1980, distingue o **lapso** — um episódio isolado de uso, muitas vezes breve — da **recaída** — retorno ao padrão anterior de uso, com perda de controle e de consequências — e do **retorno ao padrão**, quando o uso volta ao patamar de antes do tratamento. A distinção não é semântica: cada um pede uma resposta diferente.

Evento	O que é	Resposta esperada	O que não se faz
Lapso	episódio isolado, curto, com interrupção	contato em 24-48h, análise do contexto, ajuste do plano, manutenção do vínculo	encerrar tratamento, reiniciar "contagem", comunicar a terceiros sem consentimento

Evento	O que é	Resposta esperada	O que não se faz
Recaída	retorno ao padrão por período, com perda de controle	reavaliação de prioridade e intensidade de cuidado, revisão do plano, possível mudança de modalidade	punição, expulsão, discurso moral
Retorno ao padrão	uso equivalente ao anterior ao tratamento	reformulação do PTS, avaliação de risco, articulação de rede, discussão de estratégia	repetir o mesmo plano com mais cobrança

Um erro comum é tratar todo episódio como recaída total. Quando a equipe reage assim, a pessoa aprende que contar um lapso custa caro — e para de contar. O segundo erro é o oposto: tratar toda recaída como "parte do processo" sem mudar nada no plano, o que transforma a tolerância em omissão.

O "efeito de violação da abstinência"

Marlatt descreveu um fenômeno útil para entender o que acontece depois de um lapso: a pessoa que interpreta o episódio como prova de fracasso pessoal tende a abandonar o controle e a continuar usando. É o raciocínio "já que quebrei, tanto faz". A implicação prática é direta: a forma como a equipe e a pessoa interpretam o episódio influencia o que acontece depois.

Se a equipe diz "você estragou tudo", contribui para o efeito. Se diz "o que aconteceu, o que do plano funcionou, o que muda", trabalha contra ele. Isso não é psiquismo ingênuo: é reconhecer que a interpretação do evento faz parte do evento.

Situações de alto risco

Situações de alto risco são contextos em que a probabilidade de uso aumenta: lugares, pessoas, horários, estados emocionais, ocasiões sociais, conflitos, dinheiro no bolso, festas, datas significativas, fim de turno, insônia, dor, tédio.

Um mapa de risco, feito com a pessoa e não sobre ela, é mais útil que uma lista genérica.

Tipo	Exemplos	Pergunta de exploração
Contexto físico	boca de fumo, bar, casa de um amigo, obra no fim do turno	onde você usa com mais frequência?
Contexto social	grupo de uso, pessoa que oferece, festa, briga familiar	com quem é mais difícil dizer não?
Estado interno	fissura, raiva, tristeza, vergonha, euforia, insônia, dor	o que você sente antes?
Situação de vida	demissão, dívida, perda, ameaça, prisão de alguém próximo	o que costuma acontecer na semana anterior?

Tipo	Exemplos	Pergunta de exploração
Tempo	noite, madrugada, fim de semana, dia de pagamento	em que horário a fissura aparece?

Padrões comportamentais: a cadeia que leva ao uso

A análise funcional organiza o episódio em três partes: **antecedentes** (o que veio antes), **comportamento** (o que a pessoa fez, passo a passo) e **consequências** (o que veio depois, incluindo o alívio imediato). O ponto decisivo é que a cadeia tem vários pontos de interrupção — e interromper no meio é mais fácil que resistir no final.

Exemplo de cadeia de Rafael, sexta-feira: recebe o pagamento da semana (antecedente) → passa na frente do bar onde encontra dois amigos (antecedente) → sente alívio e culpa ao mesmo tempo (estado interno) → aceita a primeira cerveja (comportamento) → liga para o contato antigo (comportamento) → usa crack até a madrugada (comportamento) → dorme até o meio-dia, perde o sábado, sente vergonha (consequência).

Com a cadeia escrita, aparecem quatro pontos de intervenção: não sacar todo o dinheiro no mesmo dia, mudar o caminho, ter um contato para ligar no momento em que a cerveja é oferecida, e ter um plano para o sábado de manhã. Nenhum deles exige "força de vontade" no momento mais difícil.

Estratégias de enfrentamento

Três famílias de estratégias, com custos e benefícios diferentes:

Evitar. Sair do contexto antes que ele apareça: mudar rota, não frequentar o bar, bloquear contato, evitar a festa. É a mais eficaz no curto prazo e a mais difícil de sustentar no longo, porque reduz também oportunidades de vida.

Escapar. Sair quando já está dentro: ir embora, pedir para alguém levar, ligar para o contato de referência. Funciona quando existe plano e contato acessível — não quando o telefone do plantão só atende em horário comercial.

Enfrentar. Permanecer e usar uma habilidade: dizer não, adiar, mudar de assunto, beber outra coisa, sair por 20 minutos, chamar alguém. Exige ensaio e funciona melhor quando a pessoa já testou em situação de menor risco.

Além dessas, o plano precisa de **habilidades de vida** que reduzem a exposição: dormir, comer, organizar o dinheiro, ter atividade no tempo livre, ter com quem conversar. A fissura costuma morar no tempo vazio e no corpo exausto.

Rotina saudável sem moralismo

"Rotina saudável" é expressão escorregadia: pode significar cuidado ou disciplina imposta. No PTS, ela deve ser definida em termos concretos e negociados — horário de dormir, refeições, atividade física possível, tempo com pessoas que não usam, uma atividade prazerosa por semana.

O critério não é o que a equipe considera saudável, e sim o que sustenta a pessoa na direção que ela escolheu. Para alguns, é academia; para outros, é igreja, horta, grupo de mães, trabalho, curso. O que não funciona é a lista de recomendações que ninguém consegue cumprir na segunda semana.

Indicadores de risco e de proteção

Indicadores de risco não são previsões; são sinais que pedem atenção e ajuste.

Risco	Proteção
isolamento crescente	contato frequente com alguém de confiança
alteração de sono e apetite	rotina mínima de sono e alimentação
retorno a ambientes e companhias de uso	mudança de rota e de companhia no horário crítico
dinheiro disponível sem plano	organização financeira combinada
conflito familiar intenso	mediação e regras de conversa
abandono do acompanhamento	busca ativa em 48h após falta
aumento de fissura sem relato	canal acessível e combinado de contato

O plano deve dizer **o que fazer** quando dois ou três desses sinais aparecem juntos — e não apenas registrá-los.

O plano de prevenção e resposta à recaída

Um plano útil cabe em uma página e responde a oito perguntas:

1. **Sinais** que a própria pessoa reconhece como prenúncio (pensamento, sensação, comportamento).
2. **Gatilhos** principais, com nome e contexto.
3. **Passos** a serem seguidos, na ordem, quando a fissura aparece.
4. **Contatos** acessíveis, com horário e nome.
5. **O que a equipe faz** ao ser acionada, e em quanto tempo.
6. **O que acontece se houver lapso**: quem contata quem, em quanto tempo, o que será analisado.
7. **O que não muda**: o vínculo, a continuidade do plano, a possibilidade de continuar.
8. **Data de revisão** do plano, com o que será olhado.

O que não deve existir nesse campo: termo de compromisso de não uso, contrato com cláusula de expulsão, exigência de exame como prova, ameaça de comunicar à família ou ao empregador como forma de controle. Esses instrumentos produzem ocultação e afastam quem mais precisa de ajuda.

Prevenção não é vigilância

A diferença entre prevenção e vigilância está em três perguntas: **quem decide** (a pessoa participa do plano ou ele é imposto?), **para que serve a informação** (cuidado ou controle?) e **o que acontece com o relato** (é acolhido ou punido?).

Quando a informação sobre uso serve para restringir visitas, suspender benefícios ou expulsar, o sistema de informação deixa de ser clínico. O efeito é conhecido: o prontuário fica limpo, os relatos desaparecem e o risco aumenta — porque o uso continua, apenas sem testemunhas.

EXEMPLO APLICADO

Plano de prevenção e resposta à recaída de Rafael, construído em duas sessões.

Sinais: insônia depois das 23h; sensação de que "não vou aguentar a semana"; passar duas vezes na frente do bar em três dias; irritação com a mãe por dinheiro.

Gatilhos: pagamento na sexta; encontro com os dois amigos do bairro; discussão com a ex-companheira sobre o filho; noite sem dormir.

Passos, na ordem: (1) sair do lugar onde está e caminhar 20 minutos; (2) beber água e comer algo; (3) ligar para o contato de referência (primo que não usa) ou para o plantão do serviço; (4) reler a lista de três motivos escrita por ele — o filho, o trabalho, sair da casa da mãe; (5) se a fissura persistir, ir para casa e avisar a mãe que está difícil, sem discussão.

Contatos: plantão do serviço até 22h; primo Jonas, disponível à noite; CAPS AD em horário comercial.

O que a equipe faz: retorna ligação em até 12 horas; se houver lapso, contato em 48 horas; registra o episódio e agenda revisão do plano em sete dias.

O que não muda: o acompanhamento semanal, a possibilidade de retomar o contato com o filho, a permanência no plano — nenhum desses é retirado por causa de um episódio.

Revisão: 30 dias, olhando noites em casa, episódios, uso dos passos e adesão ao contato.

Note que o plano não promete abstinência. Ele organiza o que fazer quando a vontade aparece e o que fazer se ela vencer — sem transformar o episódio em fim de linha.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma comunidade terapêutica adota a seguinte regra: "residente que usar será desligado no mesmo dia, para preservar a casa". A direção argumenta que a regra protege os demais e mantém a seriedade do tratamento.

Tarefa. Analise os efeitos previsíveis dessa regra e proponha uma alternativa que preserve a segurança da casa sem produzir ocultação.

Resolução comentada. Efeitos previsíveis: (i) ocultação — quem usar não contará, e a equipe perderá a chance de intervir no momento de maior risco; (ii) risco clínico — uso escondido, sem avaliação, em contexto de maior vulnerabilidade; (iii) seleção perversa — permanecem os que conseguem esconder, não os que estão melhorando; (iv) efeito de violação da abstinência — o desligamento confirma a interpretação "quebrei tudo, não tenho mais o que perder"; (v) dano à confiança institucional, sobretudo para quem chegou por determinação judicial e teme consequências. Alternativa: manter regras claras de segurança (proibição de substâncias na casa, avaliação clínica em caso de sinais, comunicação de risco a terceiros apenas quando houver risco à vida e conforme a lei), e substituir o desligamento automático por um protocolo de resposta: acolhimento imediato, avaliação de risco, registro, revisão do plano, eventual mudança de modalidade ou de intensidade de cuidado, com decisão registrada e comunicada. Segurança se faz com protocolo, não com ameaça.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Todo episódio tratado como recaída total	Pessoa esconde e perde vínculo	Distinguir lapso, recaída e retorno ao padrão
Plano de prevenção genérico	"Evitar situações de risco" não orienta ninguém	Sinais, gatilhos, passos, contatos, prazos
Contato de emergência inacessível	O plano falha exatamente quando é necessário	Testar o contato com a pessoa antes de fechar o plano
Termo de não uso e cláusula de expulsão	Ocultação e risco	Protocolo de resposta, com registro
Exigir exame como prova	Controle sem valor clínico e ruptura de confiança	Indicadores combinados, com fonte declarada
"Rotina saudável" imposta	Lista incumprível e sensação de fracasso	Rotina mínima negociada, com uma atividade significativa
Nenhuma revisão do plano	Plano envelhece e perde aderência	Data de revisão e critérios definidos

SÍNTESE

Lapso, recaída e retorno ao padrão exigem respostas diferentes, e a interpretação do episódio influencia o que vem depois. Situações de alto risco se mapeiam com a pessoa; a cadeia comportamental mostra onde interromper; evitar, escapar e enfrentar têm custos e indicações distintas, e

precisam de habilidades de vida concretas. O plano de prevenção tem oito campos, contatos testados e data de revisão, e não contém termo de não uso nem cláusula de expulsão. Prevenção se distingue de vigilância por três perguntas: quem decide, para que serve a informação e o que acontece com o relato.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Descreva a cadeia comportamental de um episódio de uso (real ou fictício) em antecedentes, comportamento e consequências, e identifique três pontos de interrupção possíveis.
Resposta comentada: avalia-se se a cadeia tem antecedentes concretos (não "estresse"), se o comportamento está descrito em passos e se as consequências incluem o alívio imediato. Exemplo de pontos de interrupção: não portar o valor todo no dia do pagamento; mudar o trajeto; combinar uma ligação para o momento em que a pessoa entra no contexto de risco.

2. Escreva o campo "o que acontece se houver lapso" de um PTS, em cinco linhas, incluindo prazos e o que não muda.
Resposta comentada: "Se houver lapso: a pessoa informa em até 24h ou a equipe identifica por relato; contato em até 48h; análise do contexto em até sete dias, com revisão do plano; registro no prontuário com acesso restrito. Não mudam: o vínculo, a frequência do acompanhamento até a revisão e a possibilidade de manter os objetivos. Se houver dois episódios em 30 dias, a prioridade é reavaliada em reunião de equipe."

3. Um serviço quer comunicar à família todos os episódios de uso dos residentes adultos, "para corresponsabilizar". Aponte os problemas e a alternativa.
Resposta comentada: problemas: quebra de confidencialidade sem consentimento, efeito de ocultação, uso da informação como controle e possibilidade de retaliação ou violência doméstica; além disso, a família não é automaticamente parte do cuidado. Alternativa: definir com a pessoa, no PTS, o que pode ser compartilhado e com quem; oferecer a ela a escolha de contar; compartilhar apenas informação necessária e com finalidade definida; em situações de risco à vida, seguir o que a lei e o protocolo institucional determinam, registrando a decisão.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Após um lapso, a equipe decide suspender as visitas do filho por 30 dias "como consequência". O efeito mais provável dessa decisão é:

a) reduzir a chance de novo episódio, porque acrescenta uma consequência concreta ao uso.
b) ensinar a pessoa a não relatar episódios, retirar dela o que mais sustenta a mudança e transformar o cuidado em punição, sem reduzir risco.
c) não ter efeito, porque visitas não influenciam o uso.
d) ser adequada apenas se a pessoa tiver assinado previamente um termo de compromisso.

Gabarito: b.
Retirar o vínculo com o filho pune justamente o que dá sentido ao esforço, e o faz no momento de

maior vergonha — quando o risco de continuar usando é maior. (a) supõe que punição reduz uso, o que a prática desmente e o efeito de violação da abstinência ajuda a explicar. © ignora o papel dos vínculos significativos na mudança. (d) troca a decisão clínica por um documento assinado, mantendo o mesmo erro.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o plano de prevenção é construído em uma ou duas sessões e cabe em uma página. Duas providências: teste os contatos com a pessoa na sua frente (quem ela ligaria às 23h?) e combine o que acontece se ela faltar. Em codependência familiar, o plano é do familiar, não do usuário: sinais de que ela está assumindo consequências alheias, gatilhos (ligações noturnas, pedidos de dinheiro), passos (não responder na hora, não pagar dívida, buscar o grupo), contatos e revisão. É um plano de prevenção de recaída do próprio padrão de cuidado — e costuma ser mais difícil de sustentar que o do usuário.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (org.). **Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York: Guilford Press, 1985.

WITKIEWITZ, K.; MARLATT, G. A. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. **American Psychologist**, v. 59, n. 4, p. 224-235, 2004.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: helping people change**. 3. ed. New York: Guilford Press, 2012.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Principles of Drug Addiction Treatment: a research-based guide**. 3. ed. Bethesda: NIDA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

UNIDADE 5.3 · 1 H

5.3 Saúde mental e necessidades associadas

Apresentação

A maior parte das pessoas que chegam a um serviço de dependência química não chega apenas com um problema de uso. Chega com insônia, com depressão, com ansiedade que não passa, com histórico de violência, com ideação suicida, com dor crônica, com medo. E chega, muitas vezes, com dois ou três atendimentos paralelos que não conversam entre si: o psiquiatra que prescreve, o psicólogo que atende, o serviço que acompanha o uso, a família que cobra.

O PTS existe justamente para não produzir isso. Ele é o lugar onde as necessidades de saúde mental entram no mesmo plano do uso — com prioridade definida, responsável nomeado e critério de encaminhamento — em vez de virarem planos paralelos que se contradizem.

Esta unidade não forma diagnosticadores. Ela forma profissionais capazes de reconhecer necessidades, saber o que não é da sua competência, encaminhar bem e integrar o cuidado.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. distinguir sofrimento relacionado ao uso de quadro que exige avaliação especializada;
2. reconhecer as alterações emocionais e comportamentais mais frequentes nesse contexto;
3. usar rastreios como triagem, sem transformá-los em diagnóstico;
4. definir fluxos de articulação com profissionais habilitados;
5. identificar situações que exigem encaminhamento imediato e agir conforme protocolo;
6. integrar saúde mental ao PTS sem criar um segundo plano.

Desenvolvimento

Comorbidade: regra, não exceção

Chama-se comorbidade a presença simultânea de um transtorno por uso de substâncias e outro transtorno mental. Na prática dos serviços, é a situação mais comum — e não a exceção que justifica encaminhamento.

Há três razões pelas quais os dois quadros aparecem juntos com frequência. A primeira é **causalidade compartilhada**: os mesmos fatores (trauma, violência, pobreza, predisposição genética, ambiente) aumentam o risco de ambos. A segunda é **uso como automedicação**: álcool para dormir, estimulantes para funcionar, maconha para ansiedade, opioides para dor. A terceira é **efeito do próprio uso**: intoxicação, abstinência e uso prolongado produzem sintomas que imitam transtornos mentais.

Essa sobreposição tem uma consequência técnica importante: **não se decide o diagnóstico na primeira semana**. Sintomas depressivos nas primeiras semanas de abstinência podem remitir sem tratamento específico; sintomas psicóticos podem ser induzidos por substância; ansiedade pode ser abstinência. Diagnosticar cedo demais produz rótulo; diagnosticar nunca produz abandono.

O que o serviço precisa reconhecer

Não é necessário diagnosticar para reconhecer necessidade. Cinco grupos de sinais devem ser identificados por qualquer profissional que acompanhe o caso:

Humor e ansiedade. Tristeza persistente, perda de interesse, choro fácil, irritabilidade, crises de ansiedade, evitamento, insônia com preocupação constante. São as queixas mais frequentes e as mais frequentemente atribuídas ao uso — às vezes corretamente, às vezes não.

Trauma e violência. História de violência física, sexual ou psicológica, negligência na infância, violência doméstica atual, situação de rua com exposição a risco. Lembranças intrusivas, pesadelos, evitação, hipervigilância. O trauma raramente aparece como queixa espontânea; aparece como desconfiança, explosão, dissociação, uso para dormir.

Sofrimento psíquico grave. Ideias de morte, ideação suicida, autolesão, sensação de irrealidade, desorganização do pensamento, desconfiança intensa, alucinações, agitação, euforia com redução de sono. Estes exigem avaliação especializada e, em alguns casos, imediata.

Funcionamento cognitivo. Esquecimentos, dificuldade de concentração, lentidão, dificuldade de planejar. Frequentes no uso prolongado e na abstinência recente, e frequentemente confundidos com "falta de compromisso".

Dor e condições clínicas. Dor crônica, hipertensão, diabetes, hepatites, HIV, problemas dentários, lesões. A dor não tratada é gatilho de uso e razão frequente de abandono do cuidado.

Rastreios: uso correto e limites

Instrumentos breves ajudam a organizar a conversa e a não perder sinais: PHQ-9 para humor depressivo, GAD-7 para ansiedade, AUDIT para álcool, ASSIST para outras substâncias, além de perguntas diretas sobre ideação suicida.

Três cuidados: (1) rastreio **não é diagnóstico** — escore alto indica necessidade de avaliação, não um transtorno; (2) rastreio aplicado por quem não sabe o que fazer com o resultado é eticamente problemático — se o serviço pergunta, precisa ter fluxo; (3) o instrumento não substitui a conversa, e a pergunta sobre suicídio deve ser feita diretamente, sem rodeios, porque perguntar não induz.

O que não é competência do serviço

Um serviço de dependência química, uma comunidade terapêutica ou um consultório de psicologia não prescrevem psicofármacos, não fecham diagnóstico psiquiátrico e não conduzem sozinhos quadros graves. Reconhecer isso não é fragilidade institucional: é delimitação de escopo — e o PTS deve registrar essa fronteira.

Também não é competência do serviço transformar sofrimento social em diagnóstico. Luto, miséria, desemprego, violência e discriminação produzem sofrimento intenso e não são transtornos mentais. Patologizar tudo leva a medicação para problemas de vida e a nenhuma ação sobre as condições que produzem o sofrimento.

Articulação com profissionais habilitados

A articulação precisa de fluxo, não de boa vontade. Um fluxo mínimo contém: quem encaminha, para quem (nome e serviço), com qual pergunta clínica, em quanto tempo se espera retorno, quem recebe a resposta e onde ela é registrada.

Necessidade identificada	Quem avalia	O que o PTS faz enquanto isso
humor depressivo persistente	psicólogo e/ou psiquiatra	mantém vínculo, sono, atividade, monitora risco
ansiedade intensa com prejuízo	psicólogo	organiza rotina, reduz exposição, ensina manejo
ideação suicida	avaliação imediata (psiquiatra, CAPS, emergência)	não deixa sozinho, aciona rede, registra
suspeita de psicose	psiquiatra, com urgência	reduz estímulo, acompanha, aciona serviço
abstinência grave (álcool, benzodiazepínico)	serviço clínico/psiquiátrico	não orienta suspensão abrupta, articula avaliação
trauma com sintomas intrusivos	psicólogo com formação específica	estabilização, segurança, evita exposição precoce
dor crônica	serviço clínico	articula tratamento, ajusta metas
dificuldade cognitiva importante	avaliação especializada	simplifica instruções, usa apoio concreto

Situações que exigem encaminhamento imediato

Alguns quadros não esperam a próxima reunião de equipe. São eles: ideação suicida com plano ou acesso a meio; tentativa recente; psicose com risco para si ou para outros; agitação intensa; confusão mental com sinais clínicos; abstinência de álcool com tremor intenso, sudorese, convulsão ou confusão; intoxicação grave; abstinência de benzodiazepínico com risco de convulsão; autolesão com ferimento que exige cuidado; violência doméstica em curso; risco a crianças no domicílio.

O protocolo precisa estar escrito, com telefones, nomes e horários, e precisa ser conhecido por quem está de plantão à noite. Plano de contingência que só funciona em horário comercial não é plano.

Integrar ao PTS, não criar um segundo plano

A integração se faz por três decisões:

Prioridade única. Se o risco de suicídio é alto, ele é a prioridade do PTS — não um item paralelo do "plano de saúde mental". Um PTS com duas listas de prioridades concorrentes não é seguido por ninguém.

Medicação como intervenção, com responsável. Quando há prescrição, ela entra no PTS com quem prescreve, para quê, com qual efeito esperado e o que fazer em caso de efeito adverso ou interrupção. Adesão se acompanha conversando, não fiscalizando. E a decisão de suspender é do prescritor, com a pessoa — nunca uma orientação do serviço.

Um registro, com acesso restrito. Informação de saúde mental é dado sensível. Circula entre quem cuida, com finalidade definida, e não em reunião comunitária, quadro de avisos ou grupo de residentes.

EXEMPLO APLICADO

Rafael, 34 anos. Na terceira semana de acompanhamento, relata insônia, choro, sensação de inutilidade e, ao ser perguntado diretamente, diz que "às vezes pensa em desaparecer", sem plano definido, mas com histórico de uma tentativa aos 22 anos. A equipe anterior havia registrado "humor disfórico por abstinência" e seguido sem avaliação.

Conduta: pergunta direta sobre ideação, plano, meio e proteção; contato com o CAPS AD para avaliação psiquiátrica em 72 horas; combinação de não ficar sozinho à noite nos próximos dias e de retirar do quarto objetos de risco; contato de referência acionável; registro no PTS como prioridade 1, com revisão em sete dias. A hipótese de que o quadro seja "da abstinência" continua possível — e não é razão para não avaliar.

Cláudia, 41 anos. Usa clonazepam há seis anos, com escalada de dose, insônia e ansiedade. A prioridade não é "parar o remédio": é reduzir risco e organizar a retirada com prescritor. O PTS registra: avaliação psiquiátrica em 15 dias; não orientar suspensão abrupta; plano de sono; monitoramento de ansiedade; articulação com clínico. A intervenção "psicoeducação sobre benzodiazepínicos" tem responsável, frequência e resultado esperado — e não é uma advertência genérica.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um residente de comunidade terapêutica apresenta, na segunda semana, tristeza intensa, choro, recusa de atividades e fala em "não ver sentido". A equipe discute duas hipóteses: "é efeito da abstinência, vai passar" e "é depressão, precisa de remédio". Nenhuma avaliação foi solicitada.

Tarefa. Mostre por que as duas hipóteses, como estão formuladas, são insuficientes, e escreva a conduta das próximas 72 horas.

Resolução comentada. As duas formulações transformam hipótese em conclusão: a primeira usa a explicação mais disponível para não avaliar; a segunda propõe tratamento sem avaliação. Além

disso, nenhuma das duas aborda o risco. Conduta: (1) perguntar diretamente sobre ideação suicida, plano, meio e fatores de proteção; (2) se houver risco, acionar avaliação imediata e não deixar a pessoa sozinha; (3) se não houver risco imediato, solicitar avaliação psiquiátrica e psicológica em até 72 horas, registrando a pergunta clínica; (4) manter rotina mínima (sono, alimentação, uma atividade possível), sem exigência de participação plena; (5) registrar como prioridade 1 no PTS, com revisão em sete dias; (6) informar a pessoa sobre o que está sendo feito e por quê. A hipótese diagnóstica fica em aberto — e o cuidado, não.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
"É só efeito da droga"	Risco não avaliado, sofrimento desqualificado	Reconhecer e avaliar, mantendo a hipótese aberta
Diagnóstico fechado na primeira semana	Rótulo que acompanha a pessoa por anos	Avaliação ao longo do tempo, por profissional habilitado
Rastreio sem fluxo	Pergunta-se e não se faz nada com a resposta	Definir fluxo antes de aplicar instrumento
Medicação tratada como assunto do prescritor apenas	Adesão e efeitos adversos fora do plano	Medicação como intervenção, com responsável e revisão
Orientar suspensão de benzodiazepínico	Risco de convulsão e abstinência grave	Suspensão apenas com prescritor, de forma gradual
Patologizar sofrimento social	Medicação para miséria, nenhuma ação sobre a vida	Nomear o social como social e agir no que é possível
Dois planos paralelos	Prioridades concorrentes, ninguém executa	Uma prioridade, um plano, um registro
Informação sensível circulando	Exposição e ruptura de confiança	Acesso restrito, finalidade definida, consentimento

SÍNTESE

Comorbidade é regra na dependência química, e a sobreposição entre efeitos do uso e transtornos mentais exige avaliação ao longo do tempo, não diagnóstico apressado. O serviço precisa reconhecer humor, ansiedade, trauma, sofrimento grave, alterações cognitivas e dor, sem se arvorar em diagnosticador: rastreios são triagem, prescrição é de quem é habilitado, e sofrimento social não é transtorno. Articulação exige fluxo com nome, pergunta clínica, prazo e registro. Situações de risco

têm encaminhamento imediato e protocolo escrito, disponível também à noite. E a integração se faz com prioridade única, medicação como intervenção e um só registro, de acesso restrito.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escreva as cinco perguntas que você faria para avaliar risco suicida em uma pessoa atendida em serviço de dependência química, e o que faria com cada resposta possível.
Resposta comentada: perguntas diretas sobre ideação ("você tem pensado em morrer ou em se matar?"), plano ("pensou como?"), meio ("tem acesso a isso hoje?"), tentativas anteriores e fatores de proteção ("o que te segura aqui?"). Se houver plano com meio disponível ou tentativa recente: não deixar sozinho, acionar avaliação imediata e remover o meio. Se houver ideação sem plano: avaliação prioritária em prazo curto, contato de referência, combinação de proteção e revisão em poucos dias. Sempre registrar.

2. Diferencie, em um parágrafo, o que o serviço pode fazer e o que precisa encaminhar em um caso de ansiedade intensa com insônia em uma pessoa em abstinência recente.
Resposta comentada: o serviço pode acolher, organizar rotina de sono, reduzir estímulos, ensinar manejo de ansiedade, acompanhar frequência e intensidade, monitorar risco e manter vínculo; precisa encaminhar para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica quando há prejuízo funcional importante, sintomas persistentes além do período esperado de abstinência, ou necessidade de medicação. Prescrição e diagnóstico diferencial não são do serviço.

3. Um PTS tem, em campos separados, "prioridades do PTS" e "prioridades do plano terapêutico de saúde mental". Explique o problema e reescreva a solução em três linhas.
Resposta comentada: o problema é a existência de dois planos concorrentes, que produz duplicidade de responsáveis e nenhuma prioridade real. Solução: uma única lista de prioridades, com a saúde mental integrada como prioridade quando for o caso, um responsável por ação e uma data de revisão; o plano de saúde mental, quando existir, é anexo técnico do mesmo PTS, não um documento paralelo.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma pessoa em acompanhamento apresenta, na segunda semana de abstinência, tristeza intensa, insônia e fala em "não valer a pena viver". A conduta mais adequada é:

a) registrar como sintomas esperados de abstinência e reavaliar em 30 dias, para não medicalizar o quadro.
b) perguntar diretamente sobre ideação, plano e meio, avaliar risco, acionar avaliação especializada em prazo compatível com o risco e registrar a saúde mental como prioridade do PTS.
c) encaminhar imediatamente para internação psiquiátrica, independentemente do risco identificado.
d) iniciar orientação sobre medicação antidepressiva e aguardar resposta em quatro semanas.
Gabarito: b.

O quadro pode ser relacionado à abstinência e, ao mesmo tempo, exigir avaliação de risco — as duas coisas não se excluem. (a) usa a hipótese mais confortável para não avaliar. © decide a modalidade antes de avaliar risco, o que contraria a lógica de cuidado em liberdade sempre que possível. (d) atribui ao serviço uma conduta prescritiva que não é de sua competência.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a integração começa por três perguntas de rotina: há prescrição em curso, de quem, e com qual finalidade? Há sofrimento que eu não estou tratando? Há risco que eu preciso avaliar hoje? Duas providências práticas: mantenha um fluxo pessoal de encaminhamento (nomes, contatos, prazos) e registre a pergunta clínica que você envia, porque encaminhamento sem pergunta volta sem resposta. Em codependência familiar, atenção ao sofrimento do familiar — ansiedade, insônia, depressão e uso próprio de substâncias são frequentes e costumam ficar invisíveis atrás do problema do outro.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.
NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Principles of Drug Addiction Treatment: a research-based guide**. 3. ed. Bethesda: NIDA, 2018.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings**. Genebra: OMS, 2016.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º e 16.

UNIDADE 5.4 · 1 H

5.4 Família e rede de apoio

Apresentação

Há dois modos opostos e igualmente ruins de lidar com a família no tratamento da dependência química. O primeiro é excluí-la: "o paciente é o usuário, a família é assunto dele". O segundo é convocá-la como fiscal: "a família vai controlar, avisar quando ele usar e garantir que ele cumpra o plano".

O primeiro ignora que, na maioria dos casos, é a família que sustenta moradia, alimentação, dinheiro e vínculo — e que ela também adoece no processo. O segundo transforma parentes em agentes de vigilância, destrói a confiança e costuma produzir violência.

Esta unidade trata de um terceiro caminho: a família como **parte do contexto de cuidado**, com participação definida, consentida e limitada — e o familiar como sujeito que também precisa de plano.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. avaliar o contexto familiar sem reduzir a família a causa ou a solução;
2. identificar relações que sustentam o uso, relações prejudiciais e relações protetivas;
3. compreender a codependência como padrão relacional, sem usá-la como rótulo;
4. definir o que se compartilha com a família, com quem e com qual consentimento;
5. acionar a rede de proteção social com finalidade e fluxo claros;
6. reconhecer os limites da participação familiar, incluindo situações de violência.

Desenvolvimento

Avaliar o contexto familiar

A avaliação começa por um mapa simples, feito com a pessoa: quem mora com ela, quem ajuda, quem depende dela, quem usa substâncias, quem já se afastou, quem ela procura quando algo dá errado, quem ela evita.

Cinco perguntas organizam o mapa:

1. **Composição e renda.** Quem mora, quem contribui, quem administra o dinheiro.
2. **Funções.** Quem cuida de quem, quem paga as dívidas, quem cuida das crianças, quem resolve os problemas.

3. **História.** Como a família lidou com o uso ao longo do tempo: descobriu, escondeu, internou, expulsou, pagou, prometeu.
4. **Relações de risco.** Há violência? Há alguém que usa e oferece? Há relação de exploração, tráfico, prostituição, ameaça?
5. **Recursos.** Quem pode ser aliado, quem tem disponibilidade real, quem mora perto, quem tem vínculo com a pessoa.

O mapa evita dois atalhos comuns: chamar "família desestruturada" o que é uma família pobre e sobrecarregada, e chamar "família apoiadora" o que é uma família que paga tudo e impede qualquer consequência.

Relações que sustentam o uso e relações que protegem

"Relação que sustenta o uso" não é categoria moral. Descreve vínculos em que o uso é facilitado, tolerado ou recompensado: o parceiro que usa junto, o amigo que oferece, o parente que paga a dívida sem conversa, o empregador que aceita faltas sem consequência, o grupo que valoriza o uso.

Relações protetivas são as que oferecem alternativa: alguém que não usa e mantém contato, um trabalho que exige presença, um grupo que acolhe sem exigir perfeição, uma mãe que ajuda com o filho e estabelece regras.

O PTS precisa nomear as duas. E precisa decidir, com a pessoa, o que fazer com as relações de risco — mudar de rota, reduzir contato, estabelecer combinados. Raramente é possível eliminar; quase sempre é possível reduzir exposição.

Codependência: compreender relações, não colar rótulo

O termo "codependência" nasceu no campo dos grupos de mútua ajuda para familiares de pessoas com dependência alcoólica, nos anos 1970, e foi incorporado pela literatura psicológica. Descreve, em geral, um padrão em que uma pessoa organiza sua vida em torno do cuidado, do controle ou da salvação de outra, assumindo consequências que não são suas e perdendo autonomia.

Três cuidados são necessários. Primeiro, o conceito é **pouco preciso** e foi usado de forma ampla demais, chegando a descrever praticamente qualquer familiar. Segundo, ele carrega **viés de gênero**: na prática, recai sobre mulheres que cuidam, e pode transformar sobrecarga e violência em traço de personalidade. Terceiro, ele pode funcionar como **culpabilização**: "a mãe é codependente, por isso o filho usa".

O uso defensável é descritivo e relacional: descreve um padrão de **assumir consequências alheias**, com perguntas concretas — quem paga as dívidas, quem mente para o trabalho do outro, quem evita conflito para não provocar uso, quem deixa de fazer sua própria vida. A partir daí, o trabalho é de ampliação de repertório, não de correção moral.

E há uma consequência prática importante para o PTS: **o familiar tem direito ao seu próprio plano**. Prioridades, metas, indicadores e apoio próprios — inclusive atendimento individual, grupo de familiares e orientação — independentemente de o usuário aderir ao tratamento.

O que fortalece e o que desgasta vínculos

Fortalece: informação clara sobre a doença e o tratamento; combinados explícitos (o que a família faz e o que não faz); comunicação sem acusação; limites ditos com afeto e sustentados; reconhecimento de esforço; participação em decisões que lhe dizem respeito; grupos de apoio para familiares.

Desgasta: confrontação e sermão; chantagem emocional; controle disfarçado de cuidado (checar celular, seguir, revistar); promessas grandiosas; pagar dívidas sem conversa; usar filhos como mensageiros; expor o uso em público; exigir abstinência como condição de amor.

Nenhuma dessas condutas é "culpa da família". São estratégias que pessoas exaustas desenvolvem — e que podem ser substituídas quando há apoio e informação.

Consentimento e limites do que se compartilha

Informação sobre uso e saúde é dado sensível. Compartilhar com a família exige **consentimento** da pessoa atendida, com finalidade definida: o que será dito, a quem, para quê e por quanto tempo.

Na prática, três arranjos funcionam:

Compartilhamento amplo consentido. A pessoa autoriza informação geral sobre o plano e o progresso, sem detalhes de uso.

Compartilhamento restrito. A família participa de encontros com a pessoa presente, e o que se fala é o que se fala ali.

Sem compartilhamento, com orientação. A família recebe orientação geral sobre dependência e sobre como se cuidar, sem informação sobre o caso.

Exceções legais existem — risco à vida, risco a crianças e adolescentes, determinação judicial — e devem estar previstas em protocolo, com registro do motivo. Fora disso, compartilhar "para a família ajudar" é violação, não cuidado.

Rede de proteção social

A rede não é enfeite de projeto: é o que resolve o que o serviço não resolve.

Serviço	O que resolve	Como acionar
UBS	clínica geral, exames, medicação básica, vacinas	agendamento ou demanda espontânea
CAPS / CAPS AD	saúde mental, acompanhamento intensivo, medicação psiquiátrica	encaminhamento com pergunta clínica
CRAS	benefícios, cadastro, qualificação, convivência	atendimento no território

Serviço	O que resolve	Como acionar
CREAS	violência, violação de direitos, famílias em situação de risco	encaminhamento ou demanda
Conselho Tutelar	risco a crianças e adolescentes	comunicação obrigatória em caso de suspeita
Defensoria Pública	dívidas, pensão, processos, documentos	atendimento e protocolo
Escolas	manutenção de vínculo educativo de filhos e do próprio usuário	contato institucional
Grupos de mútua ajuda	pertencimento, apoio contínuo, gratuito	endereço e horário
Serviços de assistência social e abrigos	moradia, alimentação, situação de rua	fluxo do SUAS

Cada linha precisa de nome, telefone e periodicidade no PTS. "Rede acionada" não é informação.

Limites da participação familiar

Há situações em que incluir a família é contraindicado ou precisa de cuidados especiais:

Violência doméstica ativa. Incluir o agressor em atendimento conjunto expõe a pessoa a risco. A conduta é atender separadamente, acionar a rede de proteção e registrar.

Familiar que usa e oferece. Participação conjunta pode reforçar a exposição. O trabalho é individual, com limites claros.

Risco à criança. Prioridade absoluta: comunicar o Conselho Tutelar, sem usar a criança como informante nem como instrumento de pressão.

Familiar que não consentiu em participar. Ninguém é obrigado a participar do plano de outra pessoa. Oferta-se, não se convoca.

Familiar com sofrimento intenso. Encaminhar para atendimento próprio antes de atribuir tarefas de cuidado.

> **EXEMPLO APLICADO**
>
> **Rafael, Dona Sônia e a ex-companheira.** Dona Sônia, 61 anos, paga o aluguel, a pensão do neto e as dívidas do filho. A ex-companheira, Patrícia, afastou-se há dois anos e autoriza visitas mediadas. Rafael quer retomar o contato com o filho.
>
> O que o PTS registra: Dona Sônia participa de dois encontros, com Rafael presente e consentimento; o combinado é que ela não pague novas dívidas e não entregue dinheiro em espécie, e que o aluguel seja pago diretamente ao locador por três meses, como medida temporária; Patrícia é con-

tatada por telefone, com autorização de Rafael, para combinar visitas mediadas em espaço público, com Dona Sônia acompanhando; Dona Sônia é encaminhada ao grupo de familiares do CAPS AD, com prioridade própria no plano dela.

O que não se faz: pedir que Dona Sônia "vigie" o filho, avise cada episódio de uso ou reviste os pertences dele. Isso transformaria a mãe em agente de controle e destruiria o único vínculo estável que ele tem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma família procura o serviço pedindo "internação à força" de um filho adulto, de 28 anos, que usa crack, agride verbalmente a mãe e não aceita tratamento. O pai diz que "do jeito que está, ele vai morrer"; a mãe chora e diz que "não aguenta mais".

Tarefa. O que o serviço pode e não pode fazer? Como construir um plano que endereçe o risco sem prometer o que não é possível?

Resolução comentada. Não pode: internar alguém à força fora dos casos e procedimentos previstos em lei; garantir abstinência; obrigar tratamento. Pode e deve: avaliar risco (agressividade, violência doméstica, risco à vida, uso em contexto de risco); orientar a família sobre o que a lei permite e sobre seus direitos, incluindo medidas protetivas se houver violência; oferecer atendimento ao familiar como sujeito, com plano próprio; construir com a família um conjunto de limites concretos (não fornecer dinheiro, não permitir agressão no domicílio, chamar a polícia em caso de violência); manter porta aberta para o filho, com oferta ativa (visita, contato, redução de dano); acionar rede (CAPS AD, CRAS, Defensoria para dívidas, Conselho Tutelar se houver crianças). O plano da família pode ser: "não tolerar agressão, chamar a polícia, não pagar dívidas, participar do grupo de familiares, cuidar da própria saúde". Isso não é abandonar o filho: é parar de sustentar a situação que adoece todos.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Família como causa de tudo	Culpa, afastamento e nenhuma mudança	Trabalhar relações e contextos, não culpas
Família como fiscal	Vigilância, mentira, violência	Participação com combinados e sem tarefas de controle
Compartilhar uso sem consentimento	Violação de dado sensível e ruptura de confiança	Consentimento, finalidade e registro
"Codependente" como rótulo	Sobrecarga tratada como traço	Descrever padrões concretos e ampliar repertório

Erro	O que acontece	Correção
Ignorar violência doméstica	Risco à integridade da pessoa	Atendimento separado, rede de proteção, registro
Usar criança como informante	Dano à criança e violação de direitos	Prioridade absoluta; Conselho Tutelar quando cabível
Rede sem nome e sem contato	Encaminhamento que não acontece	Nome, telefone, prazo e retorno
Exigir participação da família	Convocação em vez de oferta	Oferta com consentimento e limites

SÍNTESE

A família é contexto de cuidado, não causa nem solução. Avalia-se com mapa de composição, funções, história, riscos e recursos; nomeiam-se relações que sustentam o uso e relações protetivas. Codependência descreve padrões relacionais de assumir consequências alheias e não deve funcionar como rótulo, menos ainda como culpa — e o familiar tem direito a plano próprio. Compartilhamento exige consentimento, finalidade e registro, com exceções legais protocoladas. A rede de proteção resolve o que o serviço não resolve, desde que tenha nome, contato e prazo. E há situações em que incluir a família é contraindicado: violência ativa, oferta de substância, risco a crianças, ausência de consentimento.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Faça o mapa familiar de um caso seu (real ou fictício) em cinco linhas: quem mora, quem ajuda, quem depende, quem usa, quem protege.
Resposta comentada: avalia-se se o mapa distingue funções de vínculos afetivos e se identifica ao menos uma relação protetiva utilizável e uma relação de risco a reduzir. Mapas que só listam nomes, sem funções, não orientam decisão.

2. Escreva o combinado de participação de um familiar no PTS, incluindo o que ele faz, o que não faz e o que será compartilhado.
Resposta comentada: exemplo: "Dona Sônia participa de dois encontros com Rafael presente; não paga novas dívidas nem entrega dinheiro em espécie; o aluguel é pago diretamente ao locador por três meses; não é responsável por avisar episódios de uso; recebe informação geral sobre o plano, sem detalhes de uso, conforme consentimento registrado em 12/03; participa do grupo de familiares do CAPS AD."

3. Uma pessoa autoriza que o serviço informe à companheira apenas "como está o tratamento", sem detalhes de uso. A companheira liga pedindo para saber se ele usou na véspera. O que fazer e por quê?

Resposta comentada: não informar o episódio: o consentimento cobre informação geral, não detalhes de uso, e a finalidade declarada não inclui episódios. Explicar o limite à companheira, acolher a preocupação, oferecer orientação geral e reabrir com a pessoa a possibilidade de ampliar o consentimento, se ela quiser. Registrar a recusa e o motivo. Se houver risco à vida ou a crianças, seguir o protocolo e registrar a exceção.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. A mãe de um usuário adulto paga todas as dívidas dele, mente no trabalho quando ele falta e o apresenta como "em tratamento" quando está usando. No PTS, a leitura tecnicamente mais adequada é:

a) a mãe é codependente e precisa ser responsabilizada pelo agravamento do quadro.
b) há um padrão relacional em que a mãe assume consequências alheias, o que reduz a chance de o uso produzir consequências e precisa ser trabalhado com ela em plano próprio, sem culpabilização.
c) o caso deve ser encerrado, porque a família sabota o tratamento.
d) a mãe deve ser orientada a cortar todo contato até que ele fique abstinente.
Gabarito: b.
O padrão descrito é real e relevante, e o trabalho é com ela — ampliando repertório, oferecendo apoio e definindo limites possíveis —, não contra ela. (a) transforma descrição em culpa e ignora sobrecarga e gênero. © abandona a pessoa por causa do contexto familiar. (d) propõe uma ruptura que costuma aumentar o risco e não é decisão do serviço.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o familiar merece contrato próprio: objetivo dele, não do outro; indicadores sobre a vida dele; combinados sobre o que ele faz quando recebe uma ligação às 2h. Duas providências: (1) separe claramente o atendimento do usuário e o do familiar, com registros distintos e consentimentos distintos; (2) não aceite a função de mediador de vigilância — se o familiar quer "saber se ele usou", trabalhe o que ele fará com essa informação, porque quase sempre o que ele quer é alívio de ansiedade, não dado.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente.
BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2014.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 8º e 21.

UNIDADE 5.5 · 1 H

5.5 Reorganização da vida e reinserção social

Apresentação

Muitas pessoas saem de um tratamento sem uso e voltam para a mesma casa, a mesma dívida, o mesmo bairro, o mesmo trabalho informal, a mesma solidão. Em poucas semanas, o que parecia resolvido volta — não porque a pessoa "não quis", mas porque nada mudou no lugar onde a vida acontece.

Reinserção social não é um módulo final, depois do tratamento. É parte do plano desde o primeiro dia, porque é o que dá sustentação à mudança: trabalho, renda, estudo, moradia, vínculos, lazer, pertencimento. Sem isso, a abstinência fica sendo a única coisa que a pessoa tem — e é pouco para sustentar uma vida.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. definir autonomia em termos operacionais e graduáveis;
2. construir metas de educação, trabalho e renda compatíveis com a fase do tratamento;
3. organizar um plano mínimo de finanças para pessoas endividadas;
4. planejar a reconstrução de vínculos sem promessas irreais;
5. incluir lazer, atividades significativas e espiritualidade sem proselitismo;
6. preparar a saída do serviço com plano de continuidade.

Desenvolvimento

Autonomia em escala

Autonomia não é independência total, e ninguém a conquista de uma vez. É a ampliação gradual da capacidade de decidir e sustentar decisões sobre a própria vida. Em termos práticos, ela aparece em cinco domínios: **dinheiro** (administrar o que entra), **tempo** (organizar o dia), **corpo** (cuidar da saúde), **relações** (escolher com quem estar) e **tratamento** (decidir sobre o próprio cuidado).

No PTS, cada domínio pode virar uma meta. Um residente que nunca administrou dinheiro pode começar com uma quantia pequena e semanal, com prestação de contas a si mesmo — não à equipe. Uma pessoa que nunca decidiu horário pode começar escolhendo duas atividades fixas na semana.

Autonomia também tem limites legais e institucionais: em medida de segurança, em internação involuntária conforme a lei, em cumprimento de pena, em situação de tutela ou curatela. O plano deve declarar esses limites, em vez de fingir que não existem.

Educação e capacitação

Escolaridade e qualificação mudam o leque de possibilidades de trabalho e renda — e costumam ser as primeiras coisas a serem abandonadas quando o uso se intensifica.

Barreiras frequentes: documentos perdidos ou desatualizados; histórico escolar incompleto; horário incompatível com trabalho; custo de transporte; vergonha de voltar à escola depois de anos; medo de não conseguir acompanhar.

Estratégias que funcionam: começar por uma etapa curta e certificável; usar EJA ou supletivo com horário compatível; resolver documentação em paralelo (Defensoria, cartório, posto de identificação); cursos profissionalizantes breves com vínculo com o setor que já emprega na região; e uma meta que caiba na rotina, não uma meta ideal.

No PTS, "voltar a estudar" é vago. "Matricular-se no EJA noturno até 15/04 e comparecer a 70% das aulas em 90 dias" é verificável — e permite ajustar o plano se o horário não funcionar.

Organização financeira

Dívida é, ao mesmo tempo, consequência do uso e gatilho para ele. A pessoa endividada recebe cobrança, sente vergonha, evita abrir correspondência e, com frequência, usa para suportar a situação.

Um plano mínimo de finanças, em cinco passos:

1. **Levantamento.** Listar dívidas, credores, valores, juros e situação (negativado, protesto, ação judicial).
2. **Priorização.** Distinguir o que ameaça a vida e a moradia (aluguel, contas de consumo, alimentos) do que é negociação de longo prazo.
3. **Negociação.** Buscar acordos com valores realistas; usar Defensoria Pública e órgãos de defesa do consumidor quando cabível; evitar empréstimos para pagar empréstimos.
4. **Proteção do dinheiro.** Reduzir dinheiro em espécie no bolso, usar conta com limite, combinar com a família o pagamento direto de contas essenciais.
5. **Rotina.** Um dia fixo por semana para lidar com dinheiro e correspondência, com apoio de alguém, para que a tarefa não seja evitada indefinidamente.

Atenção a situações de agiotagem e coerção: exigem articulação com rede de proteção e, às vezes, mudança de endereço. Não é assunto para "resolver com força de vontade".

Trabalho e empregabilidade

Trabalho é um dos fatores mais consistentemente associados à sustentação da recuperação: dá rotina, renda, identidade e pertencimento. Também é gatilho em alguns contextos — obra com colegas que usam, turno noturno, bares, dinheiro diário.

Barreiras reais: lacunas no currículo, antecedentes criminais, perda de referências, exigência de experiência, estigma. Estratégias possíveis: retomar contato com empregador anterior (quando houve bom desempenho), trabalho em cooperativas e programas de emprego apoiado, cursos com encaminha-

mento, trabalho autônomo com apoio de organização financeira, e, quando o serviço oferece, trabalho protegido como etapa.

Duas armadilhas: exigir emprego formal imediato como condição de sucesso (o que ignora o mercado e o momento da pessoa) e aceitar qualquer trabalho sem avaliar exposição (o que pode recolocar a pessoa no contexto de uso em tempo integral).

Reconstrução de vínculos

Vínculos rompidos não se reconstroem por decreto. A sequência que costuma funcionar: contato mediado, encontros breves em espaço neutro, conversas com pauta clara, aumento gradual da frequência, e só depois arranjos mais estáveis (visitas, moradia compartilhada, retomada de responsabilidades).

Expectativas precisam ser realistas: o outro tem o direito de não querer; a reparação não apaga o que aconteceu; e promessas grandiosas ("vou recuperar tudo") costumam anteceder recaídas. O que sustenta a confiança é a repetição de atos pequenos e verificáveis.

Com filhos, há regras adicionais: prioridade absoluta do interesse da criança; nada de usar a criança como informante, mensageira ou moeda de troca; retomada de convivência conforme avaliação de segurança e, quando necessário, com acompanhamento do Conselho Tutelar ou da rede de proteção.

Lazer e atividades significativas

Perguntar "o que você gostava de fazer antes" costuma produz silêncio, porque o uso ocupou o lugar do lazer. Uma segunda pergunta ajuda: "o que você fazia que não envolvia usar?"

O objetivo não é preencher a agenda, é construir um repertório de prazer e descanso que não dependa de substância. Uma atividade semanal significativa — futebol, igreja, horta, grupo de leitura, música, pesca — tem mais efeito que cinco recomendações genéricas.

Espiritualidade, quando pertinente

Para muitas pessoas, a espiritualidade e a participação em comunidades religiosas são fonte real de sentido e de rede de apoio. O PTS pode incluí-las quando a pessoa as nomeia como importantes.

O que não se faz: prescrever religião, usar a fé como argumento moral ("Deus vai te curar se você quiser"), condicionar o cuidado à conversão, ou aceitar que a participação religiosa substitua tratamento quando há indicação clínica. Respeito à crença e delimitação de escopo caminham juntos.

Objetivos para o pós-tratamento

A saída do serviço — alta, desligamento, fim de uma etapa — é uma transição, não um evento. Um plano de continuidade precisa responder:

Onde vou morar? Endereço, com quem, por quanto tempo, com que renda.
Como vou sustentar? Trabalho, benefício, apoio familiar, com qual valor.
Quem me acompanha? Serviço, profissional, grupo, pessoa de referência, com frequência.

O que faço nos primeiros 90 dias? Três ações concretas, com datas.
O que faço se piorar? Sinais, contatos, passos — o plano de contingência continua valendo.
Quem aviso? Uma pessoa e um serviço, com telefone.

Serviço que dá alta sem essas respostas não encerra um tratamento: interrompe.

Dimensões, perguntas e metas

Dimensão	Pergunta	Meta típica	Indicador
Moradia	onde vou morar e com quem?	garantir endereço estável em 60 dias	dias no endereço, conflitos
Renda	de onde vem o dinheiro?	benefício ou trabalho em 90 dias	renda mensal, dias trabalhados
Estudo	o que quero retomar?	matrícula e 70% de presença	presença, conclusão de etapa
Dívida	qual é a maior e o que fazer com ela?	acordo com um credor em 60 dias	acordo firmado, parcelas pagas
Vínculos	com quem quero retomar contato?	dois encontros mediados em 90 dias	encontros realizados
Lazer	o que faço que não envolve usar?	uma atividade semanal	semanas com atividade
Continuidade	quem me acompanha depois?	consulta agendada antes da saída	consulta realizada

EXEMPLO APLICADO

Rafael, seis meses depois. Mora com a mãe, trabalha em obra há três meses com o mesmo encarregado de antes, retomou visitas quinzenais ao filho em espaço público, tem uma dívida de R$ 4.200 com dois credores e um empréstimo informal com um conhecido do bairro.

Plano de reinserção: (1) **moradia** — permanecer com a mãe por 12 meses, com contribuição mensal combinada e regras de convivência escritas; (2) **renda** — manter o trabalho atual, com meta de 20 dias trabalhados por mês; (3) **dívida** — levantamento com a Defensoria em 30 dias, acordo com o credor formal em 60 dias, negociação do empréstimo informal com mediação de um familiar e prazo definido; (4) **vínculo** — visitas quinzenais por três meses, depois avaliação conjunta com Patrícia; (5) **lazer** — futebol semanal com um grupo que não usa; (6) **continuidade** — acompanhamento no CAPS AD a cada 15 dias, com consulta agendada antes de qualquer redução de frequência.

Note que o plano não é "recomeçar a vida". É uma sequência de coisas pequenas, com datas, que juntas mudam o lugar onde a vida acontece.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma pessoa conclui seis meses de comunidade terapêutica e recebe alta com a seguinte orientação: "continue firme, procure o CAPS se precisar e evite más companhias". Volta para a casa da irmã, no mesmo bairro, sem trabalho, com uma dívida em cobrança e sem nenhum acompanhamento agendado.

Tarefa. Reescreva a saída como plano de continuidade, com seis campos e prazos.

Resolução comentada. Moradia: permanência na casa da irmã por 90 dias, com regras de convivência e contribuição quando houver renda. Renda: cadastro no CRAS e busca de trabalho em 30 dias; se não houver vaga, atividade de geração de renda ou curso. Dívida: levantamento e contato com a Defensoria em 15 dias; não assumir novos empréstimos. Vínculos: um contato semanal com pessoa de referência que não usa; participação em grupo de mútua ajuda. Acompanhamento: consulta agendada no CAPS AD antes da saída, com retorno em 15 dias e plano de redução gradual. Contingência: sinais de piora, telefones, o que fazer em caso de fissura e a quem avisar. Registro: cópia do plano com a pessoa, cópia no prontuário, data de revisão em 30 dias.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Alta sem plano de continuidade	Interrupção disfarçada de conclusão	Seis campos respondidos antes da saída
Exigir emprego formal como prova de sucesso	Pessoa sem renda e sem alternativa	Metas graduais de renda, incluindo trabalho apoiado
Ignorar a dívida	Cobrança vira gatilho e desorganiza tudo	Plano mínimo de finanças com apoio jurídico
Prometer reparação total	Frustração e recaída	Atos pequenos, repetidos, verificáveis
Preencher a agenda com atividades	Rotina insustentável e abandono	Uma atividade significativa por semana
Prescrever religião	Afastamento e ruptura ética	Espiritualidade quando nomeada pela pessoa

Erro	O que acontece	Correção
Ignorar o contexto de trabalho	Reexposição em tempo integral	Avaliar exposição antes de indicar vaga
Não registrar limites legais	Plano irreal e conflito com a instituição	Declarar medida, pena, tutela ou curatela

SÍNTESE

Reinserção é parte do plano desde o início. Autonomia se constrói em escala, em cinco domínios. Educação, trabalho e renda exigem metas curtas, verificáveis e compatíveis com a rotina e com a exposição do contexto. Dívida se organiza em cinco passos, com apoio jurídico quando necessário. Vínculos se reconstroem por atos pequenos e repetidos, com regras adicionais quando há crianças. Lazer e espiritualidade entram quando fazem sentido para a pessoa, sem prescrição. E a saída do serviço é uma transição planejada, com moradia, renda, acompanhamento, primeiros 90 dias, contingência e a quem avisar.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Transforme "quero voltar a trabalhar" em duas metas verificáveis, uma de curto e uma de médio prazo, com indicador e responsável.
Resposta comentada: exemplo: curto prazo — "atualizar currículo e contatar três empregadores até 30/04, com registro dos contatos" (responsável: pessoa, com apoio do serviço); médio prazo — "iniciar atividade remunerada, formal ou autônoma, com pelo menos 15 dias trabalhados por mês em 90 dias" (indicador: dias trabalhados e renda mensal).

2. Descreva um plano mínimo de finanças para alguém com três dívidas, renda informal e histórico de perder dinheiro no fim de semana.
Resposta comentada: levantamento das três dívidas com valores e credores; priorização das contas essenciais; negociação de uma dívida por vez, com apoio da Defensoria; separação do dinheiro (conta, pagamento direto de contas, limite de valor no bolso no fim de semana); dia fixo semanal para lidar com correspondência e cobranças, com apoio de uma pessoa de confiança.

3. Liste seis perguntas que um plano de saída precisa responder e escreva uma resposta para "o que faço se piorar".
Resposta comentada: perguntas: onde vou morar; como vou sustentar; quem me acompanha; o que faço nos primeiros 90 dias; o que faço se piorar; quem aviso. Exemplo de resposta: "se eu tiver três noites seguidas sem dormir, voltar a evitar contato ou sentir fissura forte por dois dias, ligo para [nome] no [telefone] e agendo retorno no CAPS AD em até 72 horas; se houver pensamento de morte, vou à emergência e aviso [pessoa]".

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma pessoa recebe alta após seis meses de tratamento com a orientação "evite más companhias e procure o serviço se precisar". Do ponto de vista do PTS, o problema central é:

a) a orientação é adequada, porque a pessoa já tem autonomia para conduzir a própria vida após seis meses.
b) a saída foi tratada como evento, e não como transição: faltam respostas sobre moradia, renda, acompanhamento, primeiros 90 dias, contingência e a quem avisar.
c) o problema é apenas a ausência de uma consulta agendada, que se resolve com uma ligação.
d) o problema é a alta em si, que não deveria ocorrer em serviços de dependência química.

Gabarito: b.
Alta sem plano de continuidade interrompe o cuidado e devolve a pessoa ao mesmo contexto que sustentava o uso. (a) confunde tempo de tratamento com autonomia e ignora as condições materiais. © identifica um elemento e trata como único. (d) radicaliza: alta é parte do processo — o que não pode é ser feita sem transição planejada.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, reinserção costuma ser o assunto que o paciente evita — porque falar de dívida, desemprego e vergonha dói mais que falar de uso. Duas providências: (1) inclua trabalho, renda e moradia na anamnese inicial, não no final; (2) escolha uma dimensão por vez, com uma ação concreta por sessão. Em codependência familiar, a mesma lógica vale para o familiar: retomar estudo, trabalho, sono, amizades e autonomia financeira é parte do tratamento dele — e, muitas vezes, é o que muda a relação com o outro.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2014.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
WHITE, W. L. Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 33, n. 3, p. 229-241, 2007.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 8º e 21.

UNIDADE 5.6 · 1 H

5.6 Diferentes contextos de atendimento

Apresentação

O PTS é o mesmo método em qualquer lugar. O que muda é o que cada contexto permite: a intensidade do contato, o tempo de permanência, o grau de controle sobre a rotina, a voluntariedade, o acesso à rede e quem executa as ações.

Um plano escrito para um ambulatório, aplicado dentro de uma comunidade terapêutica, produz duas coisas ruins: ações que ninguém pode executar e uma sensação permanente de fracasso. Um plano escrito apenas para dentro da comunidade, aplicado na saída, produz a recaída na primeira semana. O plano precisa caber no lugar onde a vida acontece — e, quando o lugar muda, precisa mudar com ele.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. identificar as dimensões que variam entre modalidades de atendimento;
2. adequar prioridades, metas e intervenções ao contexto real;
3. distinguir o que é do PTS e o que é planejamento institucional;
4. planejar a entrada e a saída de regimes residenciais desde o primeiro dia;
5. conduzir transições entre serviços sem perda de informação e de vínculo.

Desenvolvimento

Um método, várias modalidades

Cinco dimensões explicam quase todas as diferenças entre contextos:

Intensidade. De um contato semanal em consultório a 24 horas por dia em regime residencial. Muda a frequência de reavaliação e o tamanho dos passos.

Tempo. De uma consulta a uma internação de meses. Muda o horizonte das metas.

Voluntariedade. Da procura espontânea à determinação judicial. Muda o ponto de partida da motivação e o peso da adesão formal.

Controle sobre a rotina. Em ambulatório, a pessoa organiza o próprio dia; em regime residencial, a instituição organiza. Muda quem executa as intervenções.

Acesso à rede. Serviços inseridos no território articulam com CAPS, CRAS, UBS, escola; serviços rurais ou isolados dependem de telefone e transporte. Muda o que é factível.

Ambulatorial e consultório

No ambulatório e no consultório, o plano depende da vida real: trabalho, filhos, transporte, horário, dinheiro da passagem. É o contexto em que mais se escrevem planos bonitos e inviáveis — três atividades por semana para quem trabalha 12 horas e mora a duas conduções de distância.

O que funciona: poucas ações, alta aderência, contato acessível entre sessões, metas que caibam na semana, e uma revisão rápida quando a vida muda (emprego novo, mudança de casa, nascimento de filho).

O que não funciona: exigir comparecimento frequente sem considerar trabalho; prescrever atividades que a pessoa não pode pagar; ignorar que a família, muitas vezes, é quem viabiliza o deslocamento.

Serviços de saúde mental

Em CAPS, hospital-dia e emergência, o PTS convive com o projeto institucional. Há rotina, equipe de plantão, protocolos e outros casos. O risco é o plano individual desaparecer dentro da agenda do serviço.

O que funciona: um plano curto, com prioridade única visível para toda a equipe; registro acessível a quem está de plantão; reavaliação em prazos curtos; e articulação explícita com o serviço de origem, quando houver.

Na emergência, o PTS é necessariamente provisório: o objetivo é estabilizar, avaliar risco e definir para onde a pessoa vai — não construir um plano de seis meses em 12 horas.

Regime residencial e comunidade terapêutica

Aqui há duas exigências que não existem no ambulatório. A primeira é legal: em comunidades terapêuticas, a RDC 29/2011 prevê o **Plano Individual de Atendimento (PIA)** e a **voluntariedade da permanência**, com regras sobre acolhimento, direitos e documentação. O PIA não é sinônimo de PTS — o Módulo 6 trata da diferença —, mas os dois precisam conversar.

A segunda é prática: em regime residencial, a instituição organiza o dia. Se o PTS ignorar isso, ele será decorativo. Se ele se reduzir a isso, será apenas cumprimento de rotina.

O que funciona: usar os recursos da casa como intervenções (assembleia, grupo, atividade, convivência) com finalidade declarada; construir desde a entrada o **plano de saída** — onde morar, com que renda, quem acompanha, o que fazer nos primeiros 90 dias; manter contato com a rede externa durante a permanência; e revisar o plano quando a pessoa muda de fase.

Riscos específicos: institucionalização (a pessoa passa a funcionar apenas sob regra externa), perda de autonomia em decisões simples, ruptura com a rede de fora e "plano de dentro" que não sobrevive à portaria. Uma pergunta útil na reavaliação: **o que essa pessoa já consegue decidir sozinha aqui dentro?**

Pós-tratamento e moradia assistida

Depois da saída, o plano muda de dono: passa a ser executado principalmente pela pessoa, com apoio. O que funciona: acompanhamento com frequência decrescente e previsível; um contato de referência acionável; moradia estável; renda mínima; participação em grupo; e revisão em 30, 60 e 90 dias.

O que não funciona: alta com "retorno se precisar"; exigência de abstinência como condição para manter o vínculo; e desaparecimento do serviço justamente no período de maior risco, que são as primeiras semanas.

Adequação do plano à modalidade

Modalidade	O plano pode incluir	O plano não pode supor	Indicador típico
Ambulatório / consultório	sessões, tarefas, articulação de rede, contatos entre sessões	disponibilidade diária, transporte garantido	comparecimento, tarefas realizadas
CAPS / hospital-dia	grupos, medicação, atendimento individual, articulação	permanência prolongada, controle de rotina	frequência, estabilidade clínica
Emergência	estabilização, avaliação de risco, encaminhamento	plano de longo prazo, vínculo terapêutico	risco avaliado, destino definido
Comunidade terapêutica	rotina da casa, grupos, PIA, plano de saída	autonomia de horário, sigilo absoluto	participação, plano de saída pronto
Moradia assistida	convivência, autonomia progressiva, suporte	supervisão 24h	autonomia em decisões, estabilidade de moradia
Pós-tratamento	acompanhamento, grupo, renda, revisão	disponibilidade imediata do serviço	retornos realizados, vínculos mantidos

Transições entre serviços

Toda passagem de um serviço a outro é um ponto de fragilidade. O que deve ir junto: PTS atualizado (com versão e data), resumo de uma página com prioridades, riscos e contatos, medicações em curso com prescritor, e a pergunta clínica que motivou o encaminhamento.

O que não deve ir: rótulos ("manipulador", "resistente"), história de bastidor e informação sem consentimento. Rótulo viaja mais rápido que dado e chega antes da pessoa.

Quando possível, faça uma reunião de transição com a pessoa presente. Ela é a única que está em todos os serviços.

Internação e voluntariedade

A Lei 10.216/2001 estabelece que a internação, em qualquer modalidade, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e prevê três formas: voluntária, involuntária e compulsória (determinada pela justiça). A internação involuntária exige comunicação ao Ministério Público em 72 horas, conforme a lei, e avaliação médica.

Para o PTS, isso significa: registrar a modalidade, o fundamento, o prazo de reavaliação e quem acompanha; manter o plano de saída ativo desde o início; e não usar a internação como resposta a conflito institucional ou a pedido de família sem indicação técnica.

O que a casa não tem

Todo serviço tem limites. Um PTS honesto declara o que não existe ali: não há psiquiatra, não há vaga em moradia, não há transporte, não há atendimento noturno. Declarar permite buscar na rede; esconder produz plano que ninguém executa e culpa que recai sobre a pessoa.

EXEMPLO APLICADO

Rafael em três modalidades.

Ambulatório de CAPS AD. Plano semanal: um atendimento individual, um grupo, contato telefônico de verificação; metas de noites em casa e de contato com o filho; articulação com UBS e Defensoria. O plano cabe na rotina de quem trabalha em obra.

Comunidade terapêutica, 90 dias. Plano usa a rotina da casa: participação em grupo de prevenção de recaídas, assembleia, atividade de trabalho interno; PIA com metas de convivência e de plano de saída; contato quinzenal com a mãe, com pauta; desde a entrada, plano de saída com moradia, trabalho, dívida e acompanhamento pós-alta.

Pós-alta. Plano de 90 dias: retorno ao CAPS AD a cada 15 dias, grupo semanal, consulta na UBS, contato com a Defensoria, visitas quinzenais ao filho, futebol semanal. Revisão em 30, 60 e 90 dias, com critérios de intensificação.

O mesmo caso, três planos diferentes — e nenhum deles copiável para outro contexto.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma comunidade terapêutica de 120 vagas constrói, para todos os residentes, o mesmo "projeto terapêutico": acordar às 6h, culto às 7h, trabalho às 8h, grupo às 14h, lazer às 16h, dormir às 22h. A direção afirma que "a rotina é o tratamento".

Tarefa. Aponte o que é legítimo e o que é problemático nessa formulação, e descreva como seria um PTS dentro dessa casa.

Resolução comentada. Legítimo: ter rotina, regras claras, atividades e segurança — a previsibilidade é parte do cuidado e ajuda pessoas que viveram anos de desorganização. Problemático: chamar

a rotina de projeto terapêutico, porque rotina é estrutura, não plano; tratar todos igualmente quando as necessidades são distintas; e não prever PIA nem plano de saída, o que contraria a RDC 29/2011 e produz o que se vê com frequência — boa adaptação dentro, colapso na saída. Um PTS dentro dessa casa teria: prioridades próprias (risco, vínculo, dívida, trabalho), metas verificáveis, uso da rotina como intervenção com finalidade declarada, PIA articulado ao PTS, plano de saída construído desde a entrada e revisão a cada 30 dias. A rotina é o chão; o PTS é o que se constrói sobre ele.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Plano copiado de outro serviço	Ações inexequíveis e sensação de fracasso	Adequar intensidade, tempo, rotina e rede
Plano só para dentro da instituição	Colapso na saída	Plano de saída desde a entrada
Rotina institucional chamada de PTS	Cumprimento de normas no lugar de projeto	PTS com prioridades e metas próprias
Alta sem transição	Interrupção disfarçada	Resumo, consulta agendada, revisão em 90 dias
Rótulo viajando entre serviços	Pessoa marcada antes de ser atendida	Transferir dados, não juízos
Internação como solução de conflito	Uso indevido de medida restritiva	Indicar por critério técnico e legal, com prazo
Ignorar limites do serviço	Plano irreal e culpa da pessoa	Declarar o que a casa não tem e buscar na rede
Perder o PTS na transição	Recomeço do zero e ruptura de vínculo	Documento versionado que acompanha a pessoa

SÍNTESE

O método é o mesmo; o contexto define o que é possível. Intensidade, tempo, voluntariedade, controle da rotina e acesso à rede mudam prioridades, metas e execução. Ambulatório exige plano que caiba na vida real; CAPS exige prioridade visível para a equipe de plantão; emergência exige plano provisório de estabilização; comunidade terapêutica exige PIA, voluntariedade e plano de saída desde o primeiro dia; pós-tratamento exige acompanhamento decrescente e previsível. Transições

levam dados, não rótulos, e a internação segue critérios legais, com modalidade, fundamento e prazo registrados. E todo plano honesto declara o que a casa não tem.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Pegue um plano que você já escreveu (ou o exemplo de Rafael em ambulatório) e adapte-o para 30 dias de comunidade terapêutica, indicando três ações que mudam e por quê.
Resposta comentada: avalia-se se as ações passam a usar a rotina da casa (grupo, assembleia, atividade interna), se os contatos externos ficam com frequência compatível com as regras e se aparece o plano de saída. Exemplo: o contato telefônico diário com a mãe é substituído por dois encontros quinzenais com pauta; a busca de trabalho é substituída por preparação de currículo e contato com o encarregado, autorizado pela direção; o plano de dívida passa a depender de procuração ou atendimento externo agendado.

2. Escreva o resumo de uma página que acompanharia uma pessoa transferida de um serviço a outro.
Resposta comentada: deve conter identificação mínima, prioridades atuais (até três), riscos identificados, medicações em curso e prescritor, contatos de referência, o que já foi tentado e o resultado, a pergunta clínica do encaminhamento, data e versão. Não deve conter adjetivos, bastidor de reunião nem informação sem consentimento.

3. Explique por que "alta com retorno se precisar" é insuficiente e proponha três providências concretas de continuidade.
Resposta comentada: porque transfere à pessoa, no momento de maior vulnerabilidade, a tarefa de identificar o problema e procurar ajuda, e porque não garante vínculo nem acesso. Providências: consulta agendada antes da saída; contato de referência com nome e telefone; revisão marcada em 30 dias, com critérios objetivos de intensificação.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um serviço ambulatorial escreve, para uma pessoa que trabalha 12 horas por dia e mora longe, um plano com quatro atividades semanais presenciais. O problema técnico central é:

a) o plano é adequado, porque quanto mais atividades, maior a proteção contra recaída.
b) o plano não cabe na vida real da pessoa: intensidade e frequência precisam ser compatíveis com trabalho, transporte e renda, sob pena de produzir faltas e fracasso atribuído à falta de motivação.
c) o plano é inadequado apenas porque deveria incluir a família nas atividades.
d) o plano é inadequado porque atividades presenciais não têm efeito em dependência química.
Gabarito: b.
Plano que não cabe na rotina não é seguido, e a não adesão costuma ser interpretada como falha da pessoa — quando é falha de desenho. (a) confunde quantidade com intensidade adequada. © acrescenta um elemento sem resolver o principal. (d) nega evidência sobre intervenções presenciais.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório particular, o "contexto" é a vida do paciente, e o plano precisa caber nela: uma ou duas ações por vez, contato por mensagem quando combinado, revisão a cada quatro a seis semanas. Duas providências: (1) pergunte, antes de propor qualquer atividade, quanto tempo e quanto dinheiro a pessoa tem por semana; (2) mantenha uma lista de serviços da rede (CAPS AD, grupos, CRAS, Defensoria), porque consultório não substitui rede. Em codependência familiar, o plano do familiar também precisa caber na vida dele — e não na vida do outro.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

06

Interdisciplinaridade, rede de atenção e limites de atuação

4 HORAS · 4 UNIDADES

Trabalho em equipe, articulação com a rede, diferença entre PTS e PIA e os limites de cada profissão dentro do projeto.

UNIDADE 6.1 · 1 H

6.1 Trabalho interdisciplinar

Apresentação

Há uma cena que se repete em quase todo serviço de dependência química. A psicóloga sabe de uma ideação suicida que a enfermagem não sabe. O assistente social descobriu que a família perdeu a casa, e o plano continua prevendo que a pessoa "volte para casa". O psiquiatra ajustou a medicação e o técnico de referência só descobre três semanas depois, quando a pessoa piora. Cada profissional fez bem a sua parte. Ninguém fez o cuidado.

O PTS é, antes de tudo, um **instrumento de coordenação**. Ele só existe de verdade quando pessoas diferentes concordam sobre prioridades, dividem responsabilidades e registram o que decidiram. Sem isso, o documento vira uma folha assinada por todos e usada por ninguém.

Esta unidade trata do trabalho entre profissionais: o que cada área contribui, como a informação circula, quem responde pelo quê e como se mantém continuidade quando a equipe muda.

> **OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**
>
> Ao final desta unidade, você será capaz de:
> 1. distinguir trabalho multidisciplinar de trabalho interdisciplinar na prática do serviço;
> 2. descrever a contribuição específica de cada área e o que ela não decide;
> 3. organizar reunião de caso com pauta, informação pertinente e registro;
> 4. definir responsabilidade técnica e profissional de referência sem confundir com chefia;
> 5. garantir continuidade do acompanhamento em situações de rotatividade e transferência.

Desenvolvimento

Multidisciplinar e interdisciplinar: a diferença que aparece no prontuário

Multidisciplinar é a reunião de várias disciplinas em torno do mesmo caso, cada uma com seu plano. **Interdisciplinar** é a construção de um plano comum, em que as disciplinas se afetam: a informação de uma muda a decisão da outra.

Na prática, a diferença aparece em três perguntas:

- Existe **um** plano ou vários planos paralelos?
- As decisões de uma área são conhecidas e consideradas pelas outras?
- Há um espaço regular em que o caso é discutido **antes** de a decisão ser tomada?

Um serviço pode ter dez profissionais e ser multidisciplinar apenas — cada um atendendo, registrando e seguindo. Também pode ter três profissionais e ser interdisciplinar, porque conversam, discordam e decidem junto.

O que cada área contribui

Não se trata de hierarquia, e sim de competência específica. A tabela abaixo é uma referência de serviço, não um rol legal.

Área	Contribuição central ao PTS	Decide	Não decide sozinha
Medicina / psiquiatria	diagnóstico clínico, avaliação de risco, prescrição, manejo de abstinência	conduta médica e prescrição	prioridade psicossocial, plano de saída, medidas institucionais
Psicologia	avaliação psicológica, formulação do caso, intervenção, manejo de crise emocional	conduta psicológica e sigilo clínico	prescrição, benefícios, vagas
Serviço social	leitura das condições de vida, direitos, benefícios, rede socioassistencial	encaminhamentos e parecer social	diagnóstico clínico, conduta médica
Enfermagem	cuidado, sinais vitais, administração de medicação, educação em saúde	cuidados de enfermagem e observação clínica	prescrição, alta
Terapia ocupacional	atividades, funcionalidade, autonomia nas tarefas da vida diária	recursos de adaptação e atividade	diagnóstico médico, decisão jurídica
Educação física	movimento, condicionamento, regulação do corpo, rotina ativa	prescrição de atividade física	conduta clínica
Pedagogia / educação	escolarização, aprendizagem, mediação com a escola	estratégias pedagógicas	questões clínicas e familiares
Conselheiro / técnico em dependência química	vínculo cotidiano, escuta, acompanhamento da rotina, prevenção de recaída	ações de acompanhamento	diagnóstico, prescrição
Cuidadores e equipe de apoio	execução do cotidiano, observação de mudanças	registro de observação	decisões clínicas

Duas consequências práticas: nenhuma área sozinha constrói um PTS, e nenhuma área pode ser tratada como "executora" das decisões das outras. Quando o plano é decidido apenas por quem tem mais poder formal, a equipe executa sem entender — e a execução vira cumprimento.

Discussão de caso: pauta, tempo e registro

Reunião sem pauta produz desabafo; reunião sem registro produz memória seletiva. Uma pauta mínima de 20 a 30 minutos por caso:

1. **Quem é a pessoa** — três frases, não a biografia.
2. **O que mudou desde a última reunião** — fatos, com data.
3. **O que preocupa agora** — risco, barreira, ruptura.
4. **O que cada área observou** — uma fala por área, sem repetição.
5. **O que decidimos** — prioridade, ação, responsável, prazo.
6. **O que registramos e quem registra** — uma pessoa designada, no mesmo dia.

O item 5 é o que quase nunca existe. Sem ele, a reunião termina com "vamos acompanhar" — que não é decisão.

Sobre o que circula: compartilha-se **informação clínica pertinente ao cuidado**, entre quem cuida, com finalidade definida. Não circulam: julgamentos sobre a pessoa, bastidor de conversas, informação de terceiros sem consentimento e dados de outros casos. Reunião de equipe não é assembleia de moradores, e prontuário não é mural.

Responsabilidade técnica

Cada profissional responde tecnicamente pelos atos da sua profissão, com registro próprio e supervisão quando cabível. Isso significa que a equipe pode decidir junto sobre prioridades e estratégias, mas não pode decidir **pelo** ato de outra categoria: não se delibera em reunião que "a medicação será suspensa", nem se atribui a um profissional sem habilitação uma conduta privativa.

Em instituições, o PTS costuma ter um responsável técnico pelo documento (quem coordena a construção e a revisão) e responsáveis por ações. São papéis diferentes: o primeiro responde pela coerência e pelo registro; os segundos respondem pela execução.

Profissional de referência

O profissional de referência é o ponto de contato estável entre a pessoa e a equipe: quem conhece o caso inteiro, quem é procurado quando algo acontece, quem puxa a revisão do plano.

Ele não é dono do caso, não decide sozinho e não substitui os demais. E não precisa ser o profissional de maior titulação — precisa ser quem tem disponibilidade, vínculo e acesso à informação.

O que faz: mantém o plano atualizado; articula com a rede; acompanha prazos; convoca a revisão; registra; e garante que a pessoa saiba quem procurar. O que não faz: centralizar todos os atendimentos, decidir condutas de outras áreas, guardar informação que a equipe precisa.

Quando o profissional de referência sai — e ele sai, por rotatividade, férias ou mudança de serviço —, deve haver **transferência formal de referência**: apresentação à pessoa, leitura conjunta do PTS, revisão dos contatos e registro da data. Caso órfão é um dos modos mais comuns de perder alguém que estava bem.

Continuidade: o que garante que o plano sobrevive

Três dispositivos simples sustentam continuidade:

Registro único e legível. Um documento com versão, data, prioridades, ações e responsáveis, que qualquer profissional consiga ler em cinco minutos.

Passagem de plantão estruturada. O que mudou nas últimas 24 horas, o que está pendente, quem está em risco. Não é relato de ocorrências: é o que o próximo turno precisa saber para não errar.

Prazos com verificação. Toda ação tem data e alguém que confere. Ação sem verificação é intenção.

Divergência entre áreas

Divergência é normal e, bem conduzida, melhora o plano. O problema é a divergência que não se resolve e se transforma em planos paralelos.

Um roteiro de resolução: (1) formular a divergência em termos de decisão concreta ("internar agora ou intensificar ambulatório?"); (2) explicitar o critério de cada posição (risco clínico, risco social, possibilidade de suporte); (3) verificar se falta informação — muitas divergências são lacunas de dado; (4) decidir com base em risco e em possibilidade real, registrando a decisão e a divergência; (5) marcar data para reavaliar se a decisão foi correta.

Registrar a divergência não é enfraquecer a equipe: é proteger a pessoa de decisões tomadas por omissão.

EXEMPLO APLICADO

Reunião de equipe sobre Rafael, 34 anos, em acompanhamento ambulatorial.

O que mudou: faltou ao último contato; a mãe ligou dizendo que ele não dorme há três noites; o encarregado da obra avisou que ele chegou atrasado duas vezes.

O que preocupa: insônia, atraso no trabalho e afastamento do contato — três sinais do plano de prevenção acionados ao mesmo tempo.

O que cada área observou: psicologia — na última sessão ele falou de vergonha em relação ao filho; serviço social — a dívida entrou em cobrança extrajudicial esta semana; enfermagem — aferição pendente e relato de palpitação.

Decisão: prioridade temporária em sono e risco; contato ativo em 24 horas; consulta na UBS em sete dias; retomada do contato com o encarregado, com autorização; revisão do plano de prevenção em 14 dias. Responsáveis: técnica de referência (contato e articulação), enfermagem (aferição

e sinais), serviço social (orientação sobre a cobrança), psicologia (sessão focada em vergonha e vínculo com o filho).

Registro: feito pela técnica de referência no mesmo dia, com data de revisão.

Note que a decisão não foi "vamos acompanhar". Cada área saiu com uma ação, um prazo e um nome.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um serviço tem reunião de equipe semanal, mas cada profissional chega com seu plano pronto, apresenta o que fez e vai embora. Não há pauta, não há decisão registrada e, quando alguém pergunta sobre a prioridade do caso, aparecem três respostas diferentes.

Tarefa. Diagnostique o problema e proponha três mudanças que caibam na mesma carga horária.

Resolução comentada. O problema não é falta de reunião, é ausência de função: a reunião serve para informar, não para decidir, e não há registro que force convergência. Três mudanças viáveis: (1) pauta fixa por caso, com um item obrigatório de decisão (prioridade, ação, responsável, prazo); (2) um relator designado por reunião, que registra no mesmo dia em um único documento versionado; (3) revisão de uma prioridade única por caso, visível a todos, com data de reavaliação — de modo que qualquer profissional, ao abrir o prontuário, saiba qual é a prioridade hoje. Nada disso exige mais tempo; exige pauta e registro.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Vários planos paralelos	Decisões contraditórias e pessoa desorientada	Um PTS, um registro, uma prioridade
Reunião sem decisão	"Vamos acompanhar" e nada muda	Item obrigatório de decisão com responsável e prazo
Informação retida por área	Risco não visto, plano irreal	Compartilhar o pertinente, com finalidade e registro
Reunião como assembleia	Exposição da pessoa e fofoca	Pauta, pertinência e sigilo
"Equipe" como responsável	Ninguém executa nem verifica	Responsável nominal por ação
Referência confundida com chefia	Centralização e sobrecarga	Referência é ponto de contato, não hierarquia

Erro	O que acontece	Correção
Referência que sai sem transferência	Caso órfão	Transferência formal com apresentação e leitura do plano
Deliberar ato de outra categoria	Conflito ético e risco clínico	Cada área responde por seu ato; equipe decide prioridades

SÍNTESE

Multidisciplinar é ter várias áreas; interdisciplinar é construir um plano comum em que as áreas se afetam. Cada área contribui com competência específica e responde por seus atos; a equipe decide prioridades e estratégias, não atos privativos. Reunião de caso precisa de pauta, item de decisão e registro no mesmo dia, e a informação circula com pertinência, finalidade e sigilo. O profissional de referência é ponto de contato estável — não dono do caso nem chefia — e sua saída exige transferência formal. Continuidade se sustenta com registro único, passagem de plantão estruturada e prazos verificados. E divergência se resolve com critério explícito e registro, não com silêncio.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Pegue um caso seu e escreva, em cinco linhas, o que cada área envolvida contribui e o que nenhuma delas pode decidir sozinha.
Resposta comentada: avalia-se a distinção entre contribuição e competência decisória. Exemplo: psicologia contribui com formulação do caso e manejo de crise, não decide prescrição; serviço social contribui com leitura de condições de vida e benefícios, não decide conduta clínica; medicina decide prescrição, não define prioridade psicossocial sozinha.

2. Escreva a pauta de uma reunião de 20 minutos para um caso com risco de abandono do tratamento.
Resposta comentada: deve conter: quem é a pessoa em três frases; o que mudou desde a última reunião, com datas; o que preocupa agora (risco de abandono e sinais concretos); uma fala por área; decisão com prioridade, ações, responsáveis e prazos; e quem registra. Pauta que só lista "atualizações de cada profissional" não produz decisão.

3. Um profissional de referência pede demissão na sexta-feira. Descreva o que deve acontecer na segunda-feira.
Resposta comentada: identificação de novo referencial com a pessoa; apresentação presencial ou por contato direto; leitura conjunta do PTS atualizado; revisão de contatos, prazos e pendências; confirmação de que a pessoa sabe quem procurar e como; registro da transferência com data; verificação, em até 15 dias, de que o vínculo se manteve.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Em uma reunião de equipe, decide-se que "a medicação será reduzida" e que "o assistente social verificará a possibilidade de benefício". A crítica tecnicamente adequada é:

a) a decisão é adequada, porque a equipe é interdisciplinar e pode deliberar sobre qualquer aspecto do caso.
b) a primeira decisão invade competência de outra área (a conduta medicamentosa é do prescritor, com a pessoa); a segunda é pertinente, desde que com responsável, prazo e registro.
c) ambas as decisões são inadequadas, porque reuniões de equipe não devem tratar de medicação nem de benefícios.
d) a decisão é adequada desde que registrada em ata assinada por todos os presentes.
Gabarito: b.
A equipe decide prioridades, estratégias e divisão de responsabilidades; não decide ato privativo de outra categoria. (a) confunde interdisciplinaridade com ausência de competência técnica. © radicaliza: discutir medicação é legítimo e necessário — o que não se pode é deliberar sobre ela. (d) troca o problema de lugar: registro não corrige invasão de competência.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

Quem atende sozinho não está sem equipe: está com uma equipe dispersa. Três providências: (1) mantenha uma lista de profissionais de confiança com quem trocar, com consentimento do paciente, e combine o que cada um faz; (2) use intervisão ou supervisão regular para o que não se decide sozinho — casos de risco, dúvida diagnóstica, conflito ético; (3) registre as decisões e as comunicações com outros profissionais, porque a continuidade depende de memória externa. Em codependência familiar, o mesmo vale: quando há dois atendimentos (usuário e familiar), eles precisam de contornos claros, com consentimentos separados e nenhuma informação cruzada sem autorização.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

CAMPOS, G. W. S. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. São Paulo: Ministério da Saúde, 2007.
CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011** — art. 7º, 16 e 19.

UNIDADE 6.2 · 1 H

6.2 Articulação com a rede de atenção

Apresentação

Quase todo PTS precisa de algo que o serviço não tem: uma vaga no CAPS, um benefício, um exame, uma consulta psiquiátrica, uma vaga em moradia, uma matrícula escolar, orientação jurídica, um grupo de apoio. A qualidade do plano depende, portanto, de uma competência que raramente aparece na formação: **articular rede**.

Articular não é entregar uma lista de telefones. É saber quem resolve o quê, o que precisa ir junto no encaminhamento, quanto tempo se espera de retorno, quem acompanha a pessoa enquanto a vaga não sai e o que fazer quando o serviço não existe no município.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. identificar os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e os serviços intersetoriais relevantes;
2. encaminhar com pergunta clara, resumo útil e prazo de retorno definido;
3. distinguir referência, contrarreferência e desligamento;
4. manter continuidade enquanto o acesso não se efetiva;
5. reconhecer lacunas de rede e registrar o que está fora do alcance do serviço.

Desenvolvimento

O que é a rede, em termos práticos

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, organiza o cuidado em saúde mental em componentes: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Para o PTS, o que importa não é decorar a estrutura, e sim saber **onde cada necessidade se resolve**. Quatro perguntas organizam o mapeamento local:

1. Quem atende saúde mental no território, com que horário e com que porta de entrada?
2. Quem resolve urgência à noite e no fim de semana?
3. Quem responde por benefícios, documentação, violência e moradia?
4. Quem oferece vínculo contínuo e gratuito — grupos, associações, comunidades?

As respostas mudam de município para município. Uma lista herdada de outro serviço costuma estar errada na metade dos contatos.

CAPS e CAPS AD

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços de base territorial, de porta aberta, que oferecem atendimento em regime de atenção diária, com equipe multiprofissional e projeto terapêutico singular. O CAPS AD é a modalidade voltada a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Há também CAPS de outras modalidades (por faixa etária e por complexidade), conforme a organização local.

Para o PTS, três informações são decisivas: **o CAPS do território aceita demanda espontânea? Qual a frequência possível** (semanal, quinzenal, grupos)? **Quem é o profissional de referência** que responderá pelo caso?

Um encaminhamento útil ao CAPS não é "encaminho para avaliação". É: "Rafael, 34 anos, uso de cocaína e crack, dois episódios no último mês, insônia e humor deprimido; pergunta: avaliação psiquiátrica e definição de frequência de acompanhamento; já está em acompanhamento no serviço X, com plano em anexo; contato do técnico de referência".

Atenção primária

A UBS é, muitas vezes, o único serviço disponível de forma contínua no território. Ela resolve clínica geral, exames, aferição, vacinas, curativos, acompanhamento de condições crônicas, pré-natal, e pode acompanhar saúde mental com apoio matricial.

No PTS, a UBS costuma ser o lugar de: avaliar dor e condições clínicas; acompanhar pressão, glicemia, hepatites; realizar exames solicitados; dar suporte a quem não consegue acessar especialista. Também é o lugar onde a pessoa pode ser vista regularmente sem que isso dependa de uma vaga especializada.

O apoio matricial — suporte técnico de uma equipe especializada à equipe da atenção básica, sem transferir o caso — é uma das ferramentas mais úteis e menos usadas. Ele permite que a UBS acompanhe casos de saúde mental com retaguarda, em vez de encaminhar tudo para o especialista.

Atenção de urgência e emergência

A rede de urgência (SAMU, unidades de pronto atendimento, emergências hospitalares) é acionada quando há risco imediato: intoxicação, abstinência grave, agitação, tentativa de suicídio, psicose, trauma.

O PTS precisa registrar: para onde ligar, em que situações, o que levar (documento, medicações, resumo do caso) e quem acompanha. Também precisa prever o **depois**: quem recebe a pessoa na saída, qual o prazo de retorno e o que muda no plano.

Atenção hospitalar e internação

A internação hospitalar, quando indicada, é um recurso do plano, não uma solução. Antes: critério claro e tentativa de recursos extra-hospitalares, conforme a Lei 10.216/2001. Durante: visita, contato com a equipe hospitalar, manutenção do vínculo com a família e com o serviço de origem. Depois: consulta agendada antes da alta, medicação garantida, plano de continuidade e revisão em poucos dias.

Alta hospitalar sem retorno agendado é uma das principais portas de recaída.

SUAS e proteção social

O Sistema Único de Assistência Social resolve o que a saúde não resolve:

CRAS — proteção social básica: Cadastro Único, benefícios eventuais, serviço de convivência, orientação, encaminhamentos. É o serviço mais subutilizado nos PTS.

CREAS — proteção social especial: violência, violação de direitos, famílias em situação de risco, medida socioeducativa, situação de rua com vínculos rompidos.

Acolhimento institucional e outras modalidades — moradia provisória, com regras próprias.

Centro POP e Consultório na Rua — referência para população em situação de rua, com atendimento na rua e articulação com a rede.

Para o PTS, isso significa: moradia, documentação, benefício, transporte e proteção não são "questões sociais acessórias" — são condições de viabilidade do plano.

Recursos comunitários e grupos de apoio

Grupos de mútua ajuda (como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e grupos para familiares), associações de bairro, igrejas, projetos esportivos, escolas de música e coletivos culturais oferecem pertencimento, rotina e apoio contínuo, gratuitos.

Três critérios para encaminhar bem: **compatibilidade** (a pessoa se identifica com o grupo?), **acessibilidade** (horário, endereço, custo de transporte) e **voluntariedade** (a participação é oferecida, não prescrita como condição). Grupos de mútua ajuda não substituem tratamento quando há indicação clínica, e tratamento não deve desqualificar o grupo.

Referência, contrarreferência e desligamento

Referência é o encaminhamento com responsabilidade: quem encaminha continua responsável até que o outro serviço assuma, e informa isso à pessoa.

Contrarreferência é a resposta: o serviço que recebeu informa o que avaliou, o que propôs e quem acompanha. Sem contrarreferência, o encaminhamento é uma carta ao mar.

Desligamento é outra coisa: é o fim do vínculo com o serviço que encaminhou, e só deve ocorrer quando há confirmação de que a pessoa foi acolhida em outro lugar.

Confundir esses três conceitos produz o problema mais comum da rede: a pessoa é "encaminhada", não consegue vaga, ninguém a procura e, semanas depois, todos acreditam que ela está em acompanhamento.

O que precisa ir junto

Um encaminhamento que funciona leva cinco itens:

1. **Identificação e contato** da pessoa (com consentimento).
2. **Resumo de uma página**: situação, prioridades, riscos, medicações, o que já foi tentado.
3. **Pergunta clara**: o que se espera daquele serviço.
4. **Contato do profissional que encaminha**, com nome e horário.
5. **Prazo de retorno combinado**: quem liga para quem, em quanto tempo.

E um sexto, quase sempre esquecido: **o que a pessoa foi informada**. Ela precisa saber para onde vai, por quê, o que levar e o que acontece se não conseguir.

Quando a rede não existe

Em municípios pequenos, pode não haver CAPS AD, psiquiatra, moradia assistida ou grupo de apoio. Nesse caso, o PTS tem três obrigações: **declarar a lacuna** no documento; **buscar alternativa regional** (consórcios, referência regional, transporte sanitário, telessaúde quando disponível); e **não responsabilizar a pessoa** pela inexistência do serviço.

Declarar o que não existe é parte da competência técnica. Esconder a lacuna produz plano irreal e culpa individual.

Serviço	O que resolve	O que precisa ir junto	Retorno esperado
UBS	clínica, exames, aferição, acompanhamento contínuo	resumo, exames anteriores, medicações	agendamento em dias
CAPS / CAPS AD	saúde mental, medicação psiquiátrica, acompanhamento intensivo	resumo com pergunta clínica e contato	avaliação em dias a semanas
Urgência / SAMU	risco imediato	documento, medicações, resumo	atendimento imediato
CRAS	benefícios, cadastro, convivência	documentos, composição familiar	dias a semanas
CREAS	violência, violação de direitos	relato objetivo, consentimento quando possível	dias

Serviço	O que resolve	O que precisa ir junto	Retorno esperado
Conselho Tutelar	risco a criança ou adolescente	relato objetivo e fundamentado	imediato a dias
Defensoria	dívidas, pensão, documentos, processos	documentos e relato	dias a semanas
Grupos de mútua ajuda	pertencimento e apoio contínuo	endereço, horário, informação prévia	imediato

EXEMPLO APLICADO

Fluxo de rede de Rafael em um mês.

Semana 1. UBS: aferição, exames, avaliação de palpitações — agendado para quinta-feira, com resumo levado por ele. CAPS AD: contato telefônico feito pela técnica de referência, com pergunta clínica (avaliação psiquiátrica e definição de frequência); resposta esperada em até 15 dias; enquanto isso, acompanhamento semanal mantido no serviço de origem.

Semana 2. Defensoria: orientação sobre a dívida, com documentos organizados pelo serviço social; protocolo anotado. CRAS: verificação de benefício eventual e atualização do Cadastro Único.

Semana 3. CAPS AD responde: avaliação em 10 dias, acompanhamento quinzenal por enquanto. Serviço de origem mantém contato semanal até a primeira consulta — não desliga.

Semana 4. Revisão do PTS: atualização das responsabilidades, confirmação de que o CAPS assumiu o acompanhamento e registro da contrarreferência.

O que não se fez: entregar uma lista de endereços; dizer "procure o CAPS"; desligar o acompanhamento no momento do encaminhamento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma pessoa é encaminhada ao CAPS AD com uma folha que diz "encaminho para acompanhamento". Passam-se seis semanas. O serviço de origem registra "aguardando vaga"; o CAPS registra que a pessoa não compareceu, porque nunca foi informada de que precisava agendar. Nesse período, houve dois episódios de uso e uma briga em casa.

Tarefa. Identifique as falhas e reescreva o encaminhamento.

Resolução comentada. Falhas: (1) encaminhamento sem pergunta clínica nem resumo; (2) ausência de contato direto entre profissionais; (3) falta de prazo de retorno combinado; (4) pessoa não informada sobre o que fazer; (5) serviço de origem considerou o caso "resolvido" e não manteve contato; (6) nenhum dos dois serviços verificou o que aconteceu. Reescrita: contato telefônico entre técnica de referência e profissional do CAPS, com resumo de uma página (situação, risco, pri-

oridades, medicações, tentativas anteriores), pergunta explícita (avaliação e definição de frequência), informação à pessoa sobre endereço, horário, documentos e o que dizer na recepção, prazo de retorno (CAPS responde em até 10 dias; serviço de origem liga em 7 dias se não houver resposta), e manutenção do acompanhamento até a primeira consulta realizada. Registro nos dois serviços.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Encaminhar sem pergunta clínica	O serviço não sabe o que avaliar	Pergunta explícita e resumo de uma página
Encaminhar e desligar	Pessoa fica sem cuidado no intervalo	Manter vínculo até a primeira consulta
Sem prazo de retorno	Encaminhamento desaparece	Combinar quem liga, para quem, em quanto tempo
Pessoa não informada	Não comparece e é responsabilizada	Explicar endereço, horário, documentos, o que dizer
Lista de telefones como "rede"	Nenhum contato efetivo	Mapa com nome, função, horário e fluxo
Ignorar o SUAS	Plano sem moradia, renda e documentação	CRAS e CREAS no PTS, com responsável
Prescrever grupo de mútua ajuda	Participação forçada e abandono	Oferta com critério de compatibilidade
Esconder lacuna de rede	Plano irreal e culpa da pessoa	Declarar o que não existe e buscar alternativa

SÍNTESE

Articular rede é uma competência clínica: saber quem resolve o quê, encaminhar com pergunta e resumo, combinar retorno, manter vínculo até o acolhimento e declarar lacunas. A RAPS organiza o cuidado em saúde mental, mas o plano depende também do SUAS, da educação, da justiça e dos recursos comunitários. Referência, contrarreferência e desligamento são coisas distintas, e confundi-las é a origem do encaminhamento que desaparece. Grupos de mútua ajuda entram por compatibilidade e vontade, não por prescrição. E quando o serviço não existe, o PTS registra a ausência e busca alternativa — sem transformar a falta de rede em falta de vontade de quem precisa.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Monte, para o seu território, uma tabela de cinco serviços com: o que resolve, como acionar, o que precisa ir junto e prazo de retorno.
Resposta comentada: avalia-se a concretude: nome do serviço, telefone, horário, porta de entrada e fluxo. Tabelas com "CAPS — encaminhamento" e nada mais não passam no critério.

2. Escreva um resumo de encaminhamento de uma página para um caso fictício, com os cinco itens essenciais.
Resposta comentada: deve conter identificação e contato com consentimento; situação em poucas linhas com dados datados; prioridades e riscos; medicações e prescritor; o que já foi tentado e o resultado; a pergunta clínica; contato de quem encaminha; prazo de retorno combinado. Não deve conter adjetivos, bastidor nem informação de terceiros sem consentimento.

3. Uma pessoa em situação de rua precisa de moradia, documentação e tratamento. Descreva a sequência de acionamento e justifique a ordem.
Resposta comentada: exemplo: primeiro o serviço de saúde que já a acompanha e o Consultório na Rua ou Centro POP, para vínculo e necessidades imediatas; em paralelo, CRAS para documentação e benefícios; CREAS se houver violação de direitos; acolhimento institucional quando houver risco e vontade; tratamento conforme avaliação. A ordem prioriza o que reduz risco imediato e o que viabiliza os demais acessos — sem documento, quase nada avança; sem moradia, o tratamento noturno não se sustenta.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um serviço encaminha uma pessoa ao CAPS AD e registra no prontuário "caso encaminhado, acompanhamento encerrado". O erro central é:

a) encaminhar ao CAPS AD, que deveria ser acionado apenas em casos graves.
b) encerrar o acompanhamento no ato do encaminhamento, sem confirmação de acolhimento, sem prazo de retorno e sem garantia de continuidade no intervalo.
c) não ter usado o SAMU para o transporte da pessoa.
d) não ter solicitado exame toxicológico antes do encaminhamento.
Gabarito: b.
Encaminhar não é transferir: a responsabilidade permanece até que o outro serviço acolha, e o intervalo é justamente quando as pessoas se perdem. (a) subestima o papel do CAPS AD na rede. © confunde transporte com continuidade. (d) cria exigência que não é requisito de acesso e pode funcionar como barreira.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a rede é menor e mais informal: alguns colegas de confiança, um laboratório, uma UBS, um CAPS, um grupo. Três providências: (1) mantenha contatos atualizados e verifique periodi-

camente se ainda funcionam; (2) escreva encaminhamentos curtos, com pergunta clara e seu contato, e envie com autorização do paciente; (3) combine quem retorna a informação e registre. Em codependência familiar, cuidado especial: encaminhar o familiar para atendimento próprio não é "resolver o caso do outro", é dar a ele um lugar de cuidado — e isso precisa ser dito com essas palavras.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.
BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, 2014.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

UNIDADE 6.3 · 1 H

6.3 PTS, PIA e planejamento institucional

Apresentação

Três documentos costumam se misturar na rotina de uma comunidade terapêutica: o projeto terapêutico singular, o plano individual de atendimento e o planejamento da instituição. Quando se misturam, todos perdem função. O PTS vira uma lista de atividades da casa; o PIA vira cópia do PTS, preenchida no primeiro dia e nunca revista; e o planejamento institucional passa a ser apresentado como se fosse cuidado individual.

Esta unidade separa os três, mostra como eles se articulam e trata de um ponto especialmente sensível: em comunidade terapêutica, a legislação sanitária exige plano individual de atendimento e prevê a voluntariedade da permanência. **PIA não é sinônimo de PTS** — e um serviço que só tem um dos dois está incompleto, seja do ponto de vista clínico, seja do ponto de vista regulatório.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. distinguir planejamento institucional, PTS e PIA por finalidade, autoria e conteúdo;
2. descrever o que a legislação sanitária exige de uma comunidade terapêutica e por quê;
3. articular PTS e PIA sem duplicar documentos nem produzir informações divergentes;
4. garantir registro de voluntariedade, informação e direitos;
5. reconhecer os sinais de burocratização e corrigi-los.

Desenvolvimento

Planejamento institucional: o documento da casa

O planejamento institucional responde a perguntas da instituição: qual é a missão, que serviços oferece, qual a capacidade, qual a equipe, qual a rotina, quais as regras de convivência, como se dá o acolhimento, quais indicadores a casa acompanha, como se dá a articulação com a rede.

Ele é necessário, e sua ausência produz improviso e arbitrariedade. Mas ele é **coletivo**: vale para todos, descreve a estrutura, e não diz o que deve acontecer na vida de uma pessoa específica.

O erro mais comum é apresentar o planejamento institucional como se fosse projeto terapêutico: "nosso projeto é acordar às 6h, trabalhar às 8h, grupo às 14h". Isso descreve a casa, não o cuidado de alguém.

PTS: o documento da pessoa

O projeto terapêutico singular responde: quais são as necessidades e prioridades **desta** pessoa, quais objetivos ela reconhece, quais metas verificáveis foram acordadas, quais intervenções, com que responsáveis, em que prazo, com que indicadores e quando será revisto.

Ele é **singular e compartilhado**: construído com a pessoa, com a equipe, e registrado em documento versionado. Pode existir em qualquer serviço — ambulatório, CAPS, consultório, comunidade terapêutica, hospital — porque é um método, não uma exigência de um tipo de instituição.

PIA: o plano individual exigido em comunidade terapêutica

A Resolução RDC nº 29/2011, da Anvisa, estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas — o que inclui as comunidades terapêuticas. Entre os pontos que a norma trata estão: responsabilidade técnica, organização e qualificação da equipe, documentação, regras de convivência, condições de admissão e permanência voluntária, e a elaboração de **plano individual de atendimento (PIA)** para cada pessoa acolhida.

O PIA é, portanto, uma exigência regulatória e, ao mesmo tempo, um instrumento de proteção: ele documenta o que a instituição se propõe a fazer por aquela pessoa, com que periodicidade, por quem, e como isso será avaliado. Também funciona como garantia contra dois abusos frequentes: a permanência sem projeto e a permanência sem consentimento.

Vale uma advertência metodológica: esta unidade trabalha com os **princípios** da norma, não com a transcrição de artigos. Antes de adequar documentos, verifique a redação vigente da RDC 29/2011, as normas sanitárias estaduais e municipais e as orientações do órgão de vigilância do seu território.

As diferenças que importam

Aspecto	Planejamento institucional	PTS	PIA
Para quem	instituição	pessoa	pessoa
Autoria	direção e equipe técnica	pessoa + equipe	instituição, com participação da pessoa
Finalidade	organizar o serviço e suas regras	orientar o cuidado singular	documentar o atendimento individual e garantir direitos
Conteúdo	missão, rotina, equipe, regras, indicadores	prioridades, objetivos, metas, intervenções, responsáveis, indicadores, revisão	atendimento previsto, metas, periodicidade, responsáveis, avaliação, revisão
Temporalidade	permanente, revisado por ciclo	contínuo, revisado conforme o caso	revisado em prazos definidos

Aspecto	Planejamento institucional	PTS	PIA
Obrigação	boa prática de gestão	método clínico	exigência sanitária em CT
Risco típico	virar propaganda ou papel arquivado	virar lista de atividades	virar formulário preenchido e nunca usado

Como articular sem duplicar

A solução prática mais eficiente é ter **um documento-mãe** e anexos obrigatórios.

O PTS é o documento-mãe: é ele que contém prioridades, objetivos, metas e intervenções. O PIA é o anexo regulatório, com os campos que a norma exige — atendimento previsto, periodicidade, responsáveis, critérios de avaliação, registro de participação e de consentimento — preenchidos a partir do PTS, com as mesmas informações, na mesma data e na mesma versão.

Três regras evitam o problema mais comum, que é a divergência entre documentos:

1. **Mesma data e mesma versão** nos dois documentos.
2. **Um único campo de prioridades** — o do PTS — reproduzido no PIA, nunca reescrito.
3. **Uma única revisão**, registrada nos dois, com o mesmo conteúdo.

Quando a instituição prefere um documento único, ele precisa conter os campos regulatórios e os campos clínicos, e ser nomeado de modo que ninguém se confunda: por exemplo, "PTS/PIA — documento integrado". O que não se admite é ter PTS sem PIA em comunidade terapêutica, nem PIA genérico sem PTS.

Voluntariedade, informação e direitos

A permanência em comunidade terapêutica é, por princípio, voluntária. Isso exige três providências concretas:

Informação prévia. A pessoa precisa saber, antes de entrar: o que é a instituição, qual a rotina, quais as regras, quanto tempo se estima, quais são seus direitos, o que pode e o que não pode, e como sair.

Registro do consentimento. Documento assinado ou registrado de outra forma válida, com data, conteúdo informado e possibilidade de retirada do consentimento. Consentimento obtido sob pressão, sem alternativa ou com informação incompleta não é consentimento.

Direito de sair. A saída deve ser possível e informada, com registro. Situações de determinação judicial, medida de segurança ou internação involuntária seguem regras próprias, e o documento deve declarar qual é o caso — sem usar a exceção para tratar todos como se estivessem sob determinação.

Em serviços que atendem crianças e adolescentes, há regras adicionais de proteção integral, com participação de responsáveis e, quando cabível, do Conselho Tutelar.

Sinais de burocratização

Cinco sinais aparecem com frequência:

PIA preenchido no primeiro dia e nunca revisto. Indica que o documento serve à inspeção, não ao cuidado.

Metas genéricas iguais para todos. "Participar das atividades", "manter abstinência", "cumprir as normas". Nada disso é meta individual.

Documento que ninguém lê. Se a equipe de plantão não sabe qual é a prioridade da pessoa, o documento não está em uso.

Divergência entre documentos. PTS diz uma coisa, PIA diz outra, e a equipe executa uma terceira.

Uso disciplinar do documento. Registro de "baixa adesão ao PIA" como justificativa para restrição de direitos, visita ou saída. Documento de cuidado não é instrumento de sanção.

Registro, guarda e acesso

PTS e PIA são documentos individuais, com dados sensíveis. Ficam em prontuário, com acesso restrito à equipe de cuidado, e não circulam em mural, assembleia de residentes, grupo ou quadro de avisos. O compartilhamento com familiares e com outros serviços exige consentimento e finalidade definida, salvo as exceções previstas em lei, que devem estar protocoladas.

A Lei nº 13.709/2018 (LGPD) se aplica: finalidade, necessidade, segurança, registro de acesso e possibilidade de correção de dados pela pessoa.

Adequação ao tipo de serviço

Contexto	Documento principal	Observações
Consultório	PTS de 1 a 2 páginas	prioridade, objetivos, metas, contingência, revisão
Ambulatório / CAPS	PTS completo	articulado ao projeto terapêutico do serviço
Comunidade terapêutica	PTS + PIA	PIA com campos regulatórios, mesma versão do PTS
Hospital	plano de curto prazo	foco em risco, estabilização e destino na alta
Rede / encaminhamento	resumo de uma página	derivado do PTS, com pergunta clínica

EXEMPLO APLICADO

Rafael em comunidade terapêutica, 90 dias. Documento integrado, com campos clínicos e regulatórios.

Prioridades (PTS): (1) reduzir risco de episódios noturnos; (2) retomar contato supervisionado com o filho; (3) organizar a dívida para reduzir pressão e risco de envolvimento com agiotagem.

Objetivos: passar quatro noites por semana na casa da mãe, dormindo, ao final de 60 dias; retomar visitas quinzenais mediadas em 45 dias; firmar um acordo formal com o maior credor em 90 dias.

Intervenções: grupo de prevenção de recaídas (2x/semana); atendimento individual semanal; atividade de trabalho interno com avaliação de exposição; contato quinzenal com a mãe, com pauta; articulação com Defensoria e CAPS AD.

Campos do PIA: atendimento previsto (individual, grupal, atividades, articulação externa); periodicidade de cada um; responsáveis nominais; critérios de avaliação (adesão ao plano, evolução das metas, risco); registro de participação da pessoa na elaboração (data e forma); registro de consentimento e de informação sobre rotina, regras e direito de saída; data da próxima revisão.

Revisão: 30 dias, com os mesmos indicadores nos dois documentos.

O que se evita: um PIA com metas genéricas ("cumprir normas") e um PTS com metas clínicas que o PIA não registra. A pessoa não tem dois planos; tem um plano e dois registros coerentes.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma comunidade terapêutica apresenta, como "projeto terapêutico", um PIA de duas páginas, igual para todos os residentes, com metas como "permanecer abstinente", "participar das atividades" e "cumprir as normas da casa", preenchido no ato da admissão e arquivado. A direção afirma que "a legislação pede PIA e nós temos PIA".

Tarefa. Avalie a conformidade e a qualidade clínica dessa prática e proponha correções.

Resolução comentada. Conformidade: o documento existe, mas a existência formal não esgota a exigência — o PIA precisa ser individual, refletir o atendimento efetivamente prestado, prever avaliação e ser revisto. Metas idênticas para todos e ausência de revisão indicam descumprimento material. Qualidade clínica: "permanecer abstinente" não é meta individual verificável; "participar das atividades" descreve a rotina da casa, não um objetivo terapêutico; "cumprir normas" é regra de convivência, não meta. Correções: (1) construir PTS por pessoa, com prioridades e metas próprias; (2) derivar o PIA do PTS, com campos regulatórios e mesma versão; (3) definir periodicidade de revisão e responsável; (4) registrar participação e consentimento informado, com informação sobre rotina, regras e direito de saída; (5) treinar a equipe para usar os documentos no plantão, e não apenas no arquivo; (6) verificar a redação vigente da RDC 29/2011 e as exigências locais antes de reformular os formulários.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Tratar PIA como sinônimo de PTS	Documento regulatório sem conteúdo clínico	PTS como documento-mãe; PIA derivado
PTS sem PIA em comunidade terapêutica	Não conformidade e desproteção	PIA com campos exigidos, mesma versão
PIA igual para todos	Burocracia e nenhum cuidado individual	Metas e prioridades por pessoa
Preencher no primeiro dia e nunca revisar	Documento morto	Revisão com data e responsável
Documentos divergentes	Equipe executa uma terceira versão	Fonte única, com anexos
Consentimento sem informação	Voluntariedade apenas formal	Informação prévia documentada e direito de saída
Documento usado como sanção	Restrição de direitos por "baixa adesão"	Documento de cuidado, não de disciplina
Exposição em mural ou assembleia	Violação de privacidade	Acesso restrito, conforme LGPD

SÍNTESE

Planejamento institucional descreve a casa; PTS descreve o cuidado de uma pessoa; PIA documenta o atendimento individual exigido em comunidade terapêutica e protege direitos. Os três são necessários e não se substituem. A articulação eficiente usa o PTS como documento-mãe e o PIA como anexo regulatório, com mesma data, mesma versão e um único campo de prioridades. Voluntariedade exige informação prévia, registro de consentimento e possibilidade real de saída, com exceções legais declaradas. Burocratização se reconhece por metas genéricas, ausência de revisão, documento que ninguém lê e uso disciplinar do registro. E PTS e PIA são documentos sensíveis: prontuário, acesso restrito, LGPD.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Pegue um PIA (real ou fictício) e classifique cada campo como: regulatório, clínico ou institucional. Depois, aponte o que falta para ele ser individual de verdade.

Resposta comentada: avalia-se a distinção entre campos que descrevem a instituição (rotina, regras), os que documentam exigências (consentimento, periodicidade, responsáveis, avaliação) e os que expressam o cuidado singular (prioridades, objetivos, metas). Falta individualidade quando os campos clínicos estão ausentes ou preenchidos com fórmulas iguais para todos.

2. Escreva, em cinco linhas, o registro de informação prévia e consentimento de uma pessoa adulta que ingressa voluntariamente em comunidade terapêutica.
Resposta comentada: deve conter: data; o que foi informado (rotina, regras, equipe, tempo estimado, direitos, direito de saída, o que acontece em caso de uso); que a pessoa pôde perguntar; que o consentimento pode ser retirado; forma de registro (assinatura ou registro equivalente); e nome de quem informou. Consentimento sem conteúdo informado não é consentimento.

3. Explique por que "cumprir as normas da casa" não é meta terapêutica e reescreva-a como meta individual para um caso fictício.
Resposta comentada: porque descreve uma obrigação institucional, não uma mudança na vida da pessoa, e não permite avaliar progresso clínico. Reescrita possível: "participar de três das quatro assembleias semanais e apresentar uma proposta de convivência ao grupo em 60 dias", com indicador de presença e registro da proposta — o que trabalha autonomia e pertencimento, não apenas obediência.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma comunidade terapêutica afirma estar em conformidade porque "todo residente tem um PIA assinado na admissão". A análise tecnicamente correta é:

a) a afirmação procede, porque a exigência é documental e está cumprida.
b) a afirmação não procede: além da existência formal, o PIA precisa ser individual, refletir o atendimento prestado, prever avaliação e revisão, e estar articulado ao projeto terapêutico da pessoa.
c) a afirmação procede, desde que o PIA tenha mais de duas páginas.
d) a exigência de PIA é incompatível com o PTS, e o serviço deve escolher um dos dois.
Gabarito: b.
Documento assinado e arquivado não é plano em uso. (a) reduz a norma a formalidade. © troca conteúdo por extensão. (d) cria oposição onde há complementaridade: o PTS é o projeto clínico; o PIA é o registro individual exigido, que deve refleti-lo.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório não há PIA, mas há exigências equivalentes de registro e consentimento. Duas providências: (1) um documento de uma a duas páginas com prioridades, objetivos, metas, contingência e data de revisão, entregue à pessoa; (2) registro de consentimento informado para contatos com terceiros e para compartilhamento de informação. Se você atende alguém que está em comunidade terapêutica, peça para conhecer o PIA e o PTS do serviço — e verifique se o que está escrito

corresponde ao que a pessoa relata. Divergência entre documento e relato é informação clínica, não desobediência.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

UNIDADE 6.4 · 1 H

6.4 Limites profissionais e encaminhamentos

Apresentação

Reconhecer um limite costuma ser lido como falta de compromisso. Na prática, é o contrário: quem sabe o que não pode fazer protege a pessoa de condutas improvisadas e a si mesmo de exercício ilegal da profissão.

Na dependência química, os limites são testados todos os dias. Pedem laudo para o juiz, pedem receita para "segurar a fissura", pedem que o terapeuta "interna" um filho à força, pedem que o conselheiro substitua o psiquiatra, pedem que o serviço garanta abstinência como condição de sucesso. Cada um desses pedidos exige uma resposta técnica, não uma resposta simpática.

Esta unidade trata de competências, atribuições, encaminhamento e dos limites que protegem o cuidado — inclusive os limites pessoais de quem cuida.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. distinguir competência profissional, atribuição institucional e ato privativo;
2. identificar os limites mais frequentemente ultrapassados na dependência química;
3. reconhecer demandas que exigem encaminhamento e encaminhar com registro;
4. manter responsabilidade pela continuidade depois do encaminhamento;
5. identificar limites pessoais e institucionais que afetam a qualidade do cuidado.

Desenvolvimento

Competência, atribuição e ato privativo

Três noções organizam a discussão:

Competência é o que a formação e a lei permitem que um profissional faça. **Atribuição** é o que a instituição confia a ele no seu cargo. **Ato privativo** é o que somente determinada profissão pode realizar, sob pena de exercício ilegal.

As três não coincidem automaticamente. Um profissional pode ter competência para uma intervenção e não ter atribuição institucional para realizá-la naquele serviço (por falta de estrutura, de supervisão ou de previsão no projeto). E pode ter atribuição formal para algo que sua competência não cobre — situação que exige recusa técnica e comunicação à direção.

Um critério prático de decisão: **se algo der errado, quem responde tecnicamente por esse ato?** Se a resposta não é você, provavelmente não é você quem deve realizá-lo.

Os limites mais ultrapassados na dependência química

Prescrição. Nenhum profissional não habilitado prescreve, sugere dose, orienta suspensão ou "ajuste" de psicofármacos. Isso inclui a frase mais comum dos serviços: "já que você está melhor, pode ir diminuindo o remédio". A retirada de benzodiazepínicos e de álcool pode produzir convulsão e requer manejo clínico.

Diagnóstico nosológico. Fechar CID, laudar, atestar incapacidade ou dependência para fins judiciais exige profissional habilitado e, muitas vezes, documentos específicos. Preencher laudo "para ajudar" é uma das formas mais comuns de produzir problema jurídico para a pessoa e para o serviço.

Psicoterapia sem formação. Escutar é parte do cuidado de qualquer profissional. Conduzir processo psicoterápico de trauma complexo, luto complicado ou transtorno grave sem formação e supervisão é outra coisa — e não se resolve com boa vontade.

Avaliação de risco sem protocolo. Perguntar sobre suicídio é dever de todos; conduzir sozinho um caso de risco iminente, sem protocolo, sem retaguarda e sem registro, não é.

Internação e medidas restritivas. Internar, conter ou restringir direitos exige base legal, indicação técnica e registro. Serviço não "interna" por pedido de família, por conveniência institucional ou como resposta a conflito.

Questões jurídicas. Orientar sobre dívida, guarda, processo criminal ou benefício previdenciário é trabalho de advogado ou defensor. O serviço pode acompanhar, articular e encaminhar; não pode opinar como se fosse parecer jurídico.

Espiritualidade e proselitismo. Acolher crença é diferente de impor doutrina. Nenhum plano deve condicionar cuidado à conversão.

Demandas que exigem encaminhamento

Alguns quadros estão além do escopo de um serviço de dependência química, de uma comunidade terapêutica ou de um consultório isolado: comorbidade psiquiátrica grave, trauma complexo com sintomas intrusivos, violência sexual, transtornos alimentares, jogo e uso de opioides com dependência física, gestantes com uso, adolescentes com questões legais, idosos com múltiplas condições, pessoas com deficiência intelectual, situações de violência doméstica em curso.

Encaminhar não é tirar o caso de si: é manter o cuidado no que é seu e buscar o que não é.

Como encaminhar bem

Cinco elementos, já vistos no módulo anterior, aplicados ao limite profissional:

1. **Pergunta clara.** O que você quer saber ou resolver.
2. **Resumo objetivo.** Situação, risco, prioridades, medicações, tentativas anteriores.

3. **Consentimento e informação.** A pessoa sabe para onde vai, por quê e o que levar.
4. **Prazo e responsável pelo retorno.** Quem liga, para quem, em quanto tempo.
5. **Registro.** No prontuário, com data, destino e resposta.

E um sexto, que separa o encaminhamento responsável do empurrão: **o que você faz enquanto o outro serviço não responde**. Se a resposta é "nada", o encaminhamento foi uma forma de interromper o cuidado.

Depois do encaminhamento: continuidade

Três obrigações permanecem com quem encaminhou:

Acompanhar até o acolhimento. Confirmar que a pessoa foi atendida; se não foi, entender por quê e resolver o que estiver ao alcance.

Manter o essencial. Mesmo com outro serviço no caso, o vínculo, o plano de contingência e o monitoramento de risco não desaparecem por decreto.

Registrar a contrarreferência. O que o outro serviço avaliou, o que propôs, quem acompanha. Sem isso, o PTS fica desatualizado e a equipe trabalha com suposição.

Não substituir assistência por atividade

Dois padrões aparecem com frequência em instituições:

Atividade como tratamento. Trabalho interno, grupo de convivência e rotina passam a ser apresentados como se fossem tratamento integral — e a medicação é suspensa, a avaliação especializada não é solicitada, o sofrimento psíquico é interpretado como "falta de disciplina".

Aconselhamento como substituto. "Aqui a gente conversa" no lugar de psicoterapia para trauma, de avaliação psiquiátrica para psicose, de atendimento especializado para violência sexual.

Atividade, convivência e trabalho têm valor terapêutico real — e não são substitutos de assistência clínica e psicológica quando ela está indicada.

Dupla relação e conflito de interesse

Dupla relação é estar em dois papéis com a mesma pessoa: terapeuta e empregador, terapeuta e familiar, conselheiro e proprietário da casa, profissional e credor.

Os riscos são concretos: decisões clínicas influenciadas por interesse econômico; dificuldade de a pessoa relatar efeitos adversos a quem paga seu salário; confusão entre confidência clínica e informação institucional.

Conduta: declarar o conflito, transferir o caso quando possível, separar registros e funções, e usar supervisão. Quando a separação é impossível — comum em instituições pequenas —, o mínimo é transparência com a pessoa sobre os papéis e revisão externa das decisões mais sensíveis.

Limites pessoais de quem cuida

Reconhecer limites pessoais é parte da competência profissional. Quatro sinais merecem atenção:

Salvacionismo. A sensação de que o caso só vai bem se você estiver presente. Leva a centralizar, não delegar e não tirar férias.

Identificação. A história da pessoa mobiliza a sua, e o plano passa a responder à sua dor, não à dela.

Medo de perder o vínculo. O profissional evita falar de limite, de alta, de encaminhamento, para não ser visto como abandono — e mantém um cuidado que já não ajuda.

Sobrecarga sem supervisão. Casos graves, muitos casos, pouca retaguarda. O resultado previsível é endurecimento ("ninguém quer nada") ou exaustão.

Supervisão, intervisão, limites de agenda e formação continuada não são luxo: são condições de segurança do cuidado.

Limites institucionais e promessas

Instituições também precisam de limite no que prometem. "Garantimos abstinência", "cura em 90 dias", "o melhor tratamento do país" são afirmações que nenhum serviço pode sustentar e que criam expectativas impossíveis — muitas vezes com consequências jurídicas.

O que se pode prometer: avaliação, plano individual, equipe, rotina, registro, articulação de rede, transparência sobre o que o serviço faz e não faz. O que não se pode: resultado garantido, substituição de tratamento médico, confidencialidade absoluta, sucesso independente de condições de vida.

Situação	Conduta adequada	Conduta inadequada
Família pede laudo para internação	orientar sobre vias legais e avaliar risco	assinar laudo sem avaliação
Pessoa pede "só um remédio para dormir"	encaminhar à avaliação; trabalhar sono e rotina	indicar medicação por conta própria
Justiça pede relatório	responder no limite da sua competência, com dados	opinar sobre prognóstico e culpa
Caso de trauma grave	estabilizar, encaminhar, supervisionar	conduzir psicoterapia sem formação
Residente em crise psicótica	acionar avaliação e rede, garantir segurança	interpretar como "falta de fé" ou indisciplina
Familiar quer que você "convença" o usuário	trabalhar o familiar e seus limites	assumir o papel de fiscal do outro

EXEMPLO APLICADO

Cena 1. Uma mãe procura o serviço pedindo que o terapeuta assine um laudo de dependência química para "conseguir a internação" do filho de 27 anos, que não quer tratamento e não compareceu a nenhuma consulta.

Conduta: não laudar sem avaliar; explicar o que a lei permite e não permite; oferecer atendimento à mãe como sujeito; avaliar risco e violência doméstica; orientar sobre medidas cabíveis em caso de agressão; manter porta aberta para o filho; registrar a recusa e o motivo. O que não se faz: assinar documento sobre pessoa não avaliada, ainda que "para ajudar".

Cena 2. Em uma comunidade terapêutica, um residente relata insônia intensa e pede "um remédio". O monitor de plantão tem uma cartela de clonazepam guardada "para emergências".

Conduta: não administrar medicação sem prescrição e sem registro; comunicar a coordenação técnica; acionar avaliação clínica; registrar o pedido e a conduta; revisar o protocolo de medicação da casa. O que não se faz: "quebrar o galho" com medicação de terceiro, prática que é erro de medicação, risco clínico e infração.

Cena 3. Um psicólogo atende uma pessoa com histórico de violência sexual e sintomas intrusivos importantes. Ele tem formação em dependência química e nenhuma em trauma.

Conduta: estabilizar, garantir segurança, trabalhar o que está no seu escopo, encaminhar para profissional com formação específica, manter supervisão e registrar. O que não se faz: conduzir exposição de memórias traumáticas sem formação, nem abandonar o caso por não ser especialista.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um técnico em dependência química, com 15 anos de experiência e muito reconhecimento na instituição, passa a atender sozinho casos de ideação suicida, orienta familiares sobre guarda de filhos e "ajusta" a conversa sobre medicação com os residentes, dizendo que "psiquiatra demora e eu já sei o que funciona".

Tarefa. Aponte os riscos, o que deve mudar imediatamente e o que a instituição precisa fazer para que a mudança seja possível.

Resolução comentada. Riscos: avaliação e manejo de risco suicida sem protocolo e sem retaguarda; orientação jurídica indevida sobre guarda, com potencial de dano à pessoa e às crianças; interferência em conduta medicamentosa, com risco clínico grave; e reforço de uma cultura em que experiência substitui competência, o que desprotege a pessoa e o próprio profissional. Mudanças imediatas: nenhuma orientação sobre medicação; todo caso com ideação passa a ter avaliação e plano de risco com profissional habilitado e registro; questões de guarda encaminhadas à Defensoria; supervisão regular dos casos. Condições institucionais: protocolo de risco escrito e acessível ao plantão; fluxo de avaliação psiquiátrica com prazo; capacitação em manejo de risco; reconhecimento formal da experiência do técnico sem confundi-la com competência privativa; e reta-

guarda para que ele não precise "resolver tudo". A experiência dele é um ativo — desde que usada no lugar certo.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
"Já que melhorou, vá diminuindo o remédio"	Abstinência grave, convulsão, recaída	Suspensão só com prescritor
Laudo para "ajudar"	Documento sobre pessoa não avaliada	Avaliar e laudar apenas no próprio escopo
Encaminhar e desaparecer	Pessoa sem cuidado no intervalo	Manter vínculo até o acolhimento
Encaminhamento sem pergunta	Retorno inútil	Pergunta clara e resumo
Atividade como tratamento integral	Assistência clínica não prestada	Atividade como parte, não substituto
Dupla relação não declarada	Decisões contaminadas por interesse	Declarar, separar, supervisionar
Prometer cura ou abstinência garantida	Expectativa impossível e risco jurídico	Prometer processo, plano e transparência
Não reconhecer sobrecarga	Endurecimento ou adoecimento de quem cuida	Supervisão, limites de agenda, apoio

SÍNTESE

Competência, atribuição e ato privativo não se confundem, e o critério prático é perguntar quem responde tecnicamente pelo ato. Os limites mais ultrapassados na dependência química são prescrição, laudo, psicoterapia sem formação, manejo de risco sem protocolo, medidas restritivas sem base legal, orientação jurídica e proselitismo. Encaminhar exige pergunta, resumo, consentimento, prazo, registro — e continuidade até o acolhimento. Atividade e convivência têm valor e não substituem assistência clínica quando indicada. Dupla relação se declara e se maneja. E os limites pessoais — salvacionismo, identificação, medo de perder vínculo, sobrecarga — são parte do trabalho, não falha de caráter.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escreva três frases que você pode dizer para recusar tecnicamente um pedido fora do seu escopo, sem romper o vínculo.
Resposta comentada: exemplos: "Não posso indicar medicação, e isso não é falta de vontade de ajudar: é uma conduta que só o prescritor pode tomar. Vou articular a avaliação e, enquanto isso, podemos trabalhar o sono e a rotina." / "Não posso assinar esse laudo porque não avaliei essa pessoa; posso avaliar quem está aqui e registrar o que observei." / "Questões de guarda são jurídicas; vou te acompanhar no encaminhamento à Defensoria e seguir com o que é do meu campo."

2. Descreva um encaminhamento de caso de trauma com os cinco elementos e o que você fará enquanto a vaga não sai.
Resposta comentada: pergunta clara (avaliação especializada e definição de conduta para sintomas intrusivos); resumo com situação, riscos, prioridades e tentativas; consentimento e informação sobre o serviço de destino; prazo de retorno combinado e responsável; registro. Enquanto isso: estabilização, segurança, rotina de sono, manejo de gatilhos, contato de referência e revisão do plano em prazo curto.

3. Identifique um sinal de limite pessoal em você (salvacionismo, identificação, medo de perder vínculo ou sobrecarga) e escreva duas providências concretas para lidar com ele neste mês.
Resposta comentada: o exercício não tem resposta única; avalia-se a concretude. Exemplos: "tenho dificuldade de encerrar casos que evoluem bem" — providências: discutir em supervisão os critérios de alta; definir com a pessoa, no PTS, a data de revisão e o critério de encerramento. "Assumo casos demais" — providências: limite de casos ativos por semana e revisão de agenda com a coordenação.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Em uma comunidade terapêutica, o responsável técnico orienta um residente a "ir reduzindo o clonazepam por conta própria, porque já está melhor". A conduta é inadequada porque:

a) a redução deveria ser feita de uma vez, para evitar dependência.
b) a orientação interfere em conduta prescritiva, com risco de abstinência grave e convulsão, e a decisão cabe ao prescritor, com acompanhamento.
c) o responsável técnico poderia orientar se tivesse mais de cinco anos de experiência.
d) o problema é apenas a falta de registro da orientação no prontuário.
Gabarito: b.
Redução de benzodiazepínico exige prescrição e acompanhamento, pelo risco de abstinência grave. (a) agrava o risco. © troca competência por tempo de experiência. (d) trata o registro como questão central, quando o problema é a conduta em si.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o limite se exerce na primeira sessão: dizer o que você faz, o que não faz, com quem trabalha e como encaminha. Três providências: (1) tenha um roteiro de encaminhamento com nomes e contatos reais, verificado periodicamente; (2) escreva cartas ou mensagens de encaminhamento curtas, com pergunta clara e seu contato, sempre com autorização; (3) mantenha supervisão para os casos que mobilizam seus próprios limites. Em codependência familiar, um limite frequente é o pedido para "falar com ele e convencer": recusar esse papel não é frieza — é o que mantém o atendimento sendo do familiar, e não uma extensão do controle sobre o outro.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217/2018, com atualizações.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.

07

Monitoramento, evolução e reavaliação do PTS

4 HORAS · 4 UNIDADES

Acompanhar o que foi combinado, registrar evolução, reavaliar prazos, lidar com recaídas e interrupções e cuidar do sigilo.

UNIDADE 7.1 · 1 H

7.1 Monitoramento das intervenções

Apresentação

Todo PTS começa bem: prioridades acordadas, metas escritas, responsáveis definidos. O que separa um plano vivo de um documento arquivado é o que acontece nas semanas seguintes — e é aí que a maioria dos serviços perde o fio.

Monitorar não é fiscalizar a pessoa nem conferir se ela "cumpriu o combinado". É verificar se o plano está funcionando, com que evidências, e o que precisa mudar. Um plano sem monitoramento não é um plano em curso: é uma intenção registrada.

Esta unidade trata de como acompanhar sem transformar o cuidado em planilha, de como distinguir indicador de processo de indicador de resultado, e de como ler dificuldades sem confundi-las com falta de esforço de quem já está lutando.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. definir o que monitorar em quatro camadas: pessoa, intervenções, plano e contexto;
2. distinguir indicadores de processo e de resultado e escrever indicadores verificáveis;
3. registrar evolução de forma breve, útil e não estigmatizante;
4. definir frequência de monitoramento e critérios para antecipar a revisão;
5. diferenciar problema de adesão de problema de plano.

Desenvolvimento

Quatro camadas de monitoramento

Monitorar bem exige olhar para quatro coisas ao mesmo tempo, e não apenas para a mais visível.

A pessoa. Como está o sono, o apetite, o humor, o uso, a dor, o risco, a rede de contatos, a rotina. Mudanças aqui antecedem mudanças no plano.

As intervenções. Elas aconteceram? Na frequência prevista? Com quem? Se uma intervenção não ocorre, o plano não está sendo testado — e concluir que "a pessoa não aderiu" é uma leitura errada.

O plano. As metas continuam sendo as prioridades certas? Os prazos são realistas? Os responsáveis assumiram? Há meta que ninguém sabe verificar?

O contexto. Trabalho, família, moradia, questões jurídicas, dinheiro, violência, mudança de cidade. Boa parte das metas que "não avançam" travou por uma barreira de contexto que ninguém registrou.

Indicadores de processo e de resultado

Indicador de processo responde: a intervenção aconteceu como previsto? Exemplos: número de atendimentos realizados em relação aos previstos; contatos com a família; encaminhamentos efetivados; participação em grupo; adesão medicamentosa verificada.

Indicador de resultado responde: mudou algo na vida da pessoa? Exemplos: noites dormidas na própria casa; dias sem uso; retorno ao trabalho; visitas ao filho realizadas; dívida renegociada; redução de conflitos familiares; comparecimento a compromissos jurídicos.

Os dois são necessários. Serviço que só mede processo produz relatório bonito e nenhuma mudança. Serviço que só mede resultado não consegue explicar o que funcionou nem corrigir o que não foi oferecido.

Indicador fraco	Por que é fraco	Indicador melhor
"Está bem"	impressão, não evidência	"dormiu 5 das 7 noites na casa da mãe; dois episódios de uso no mês"
"Adesão parcial"	categoria vaga	"compareceu a 3 de 4 atendimentos; faltou ao grupo nas duas semanas de trabalho noturno"
"Família mobilizada"	não verificável	"mãe participou de 2 encontros e concordou com a pauta de visitas"
"Abstinente"	único critério, binário	"22 dias sem uso de cocaína; 3 episódios de álcool, sem consequência registrada"
"Cumprindo o plano"	circular	"meta 1 avançou; meta 2 travou por falta de vaga no CAPS"

Como registrar sem burocratizar

O registro útil é curto e comparável. Três campos bastam para a maior parte dos contatos:

1. **O que estava previsto** desde o último registro.
2. **O que aconteceu**, com dados concretos — números, datas, quem estava presente.
3. **O que muda** no plano: nada, ajuste de prazo, mudança de estratégia, nova prioridade.

Um parágrafo por contato, escrito no mesmo dia, vale mais do que um relatório extenso produzido no fim do mês. Registro feito depois, de memória, vira reconstrução conveniente — e a equipe passa a lembrar do caso conforme a hipótese que já defende.

Vale distinguir três tipos de registro: **nota de contato** (o que aconteceu), **síntese de período** (leitura do conjunto, a cada 30 ou 60 dias) e **registro de decisão** (o que a equipe decidiu e por quê). Os três têm funções diferentes; misturá-los produz textos longos e pouco úteis.

Frequência e gatilhos de antecipação

A frequência depende da intensidade do cuidado, não do calendário da instituição. Em situações de maior risco, contato semanal ou mais frequente; em acompanhamento estável, quinzenal ou mensal, com revisão formal a cada 60 ou 90 dias.

Além da revisão programada, cinco situações justificam antecipar:

- **Piora de risco:** ideação suicida, violência, uso em padrão de risco, sintomas psicóticos.
- **Mudança de contexto:** perda de emprego, separação, mudança de casa, decisão judicial.
- **Intervenção que não acontece:** vaga que não sai, exame que não é feito, família que não vem.
- **Metas paradas por dois ciclos:** não é motivo para cobrar mais; é motivo para reescrever.
- **Divergência na equipe:** quando dois profissionais leem o caso de formas incompatíveis, o plano já está ambíguo.

Problema de adesão ou problema de plano

Essa é a distinção mais importante da unidade. Quando uma meta não avança, a equipe costuma concluir "falta de adesão". Antes disso, vale percorrer cinco perguntas:

A meta era realista? "Ficar 90 dias sem usar, sozinho, sem mudar de casa, de trabalho e de rede" não é meta: é desejo.

A intervenção existia? Se o encaminhamento não foi efetivado, não há adesão a ser avaliada.

Havia barreira concreta? Transporte, horário, trabalho, filho para cuidar, dinheiro, distância, conflito com outro usuário na fila.

A meta era da pessoa ou da equipe? Metas que a pessoa não reconhece tendem a não acontecer — e o fracasso é atribuído a ela.

A relação estava sustentando o plano? Quando o vínculo está frágil, o plano vira exigência e a pessoa desaparece.

Só depois dessas cinco perguntas faz sentido falar de adesão — e, mesmo então, como hipótese a ser discutida com a pessoa, não como veredito sobre seu caráter.

Medir evolução em dependência química sem reduzir a abstinência

A abstinência é um indicador relevante, mas não é o único, e tratá-la como critério exclusivo produz dois efeitos ruins: quem usa uma vez é considerado fracasso, e quem não usa escondendo o sofrimento é considerado sucesso.

Um conjunto mínimo de indicadores cobre melhor a evolução:

- **Padrão de uso:** dias de uso, frequência, quantidade, contexto, consequências.
- **Redução de risco:** não dirigir sob efeito, não compartilhar instrumentos, uso em contexto mais seguro.

- **Engajamento:** comparecimento, permanência, participação.
- **Funcionamento:** sono, alimentação, trabalho ou estudo, cuidados de saúde.
- **Vínculos:** contatos significativos, conflitos, cuidado com filhos.
- **Situação jurídica e financeira:** compromissos cumpridos, dívidas em negociação.
- **Autonomia:** decisões tomadas pela pessoa, pedidos de ajuda feitos a tempo.

Nenhum desses indicadores substitui julgamento clínico, mas juntos impedem que a avaliação se reduza a "usou / não usou".

O que fazer com o que o monitoramento mostra

Quatro decisões possíveis, e é importante escolher uma:

Manter. O plano está funcionando e o contexto estável.

Ajustar. A direção está certa, mas prazo, dose, frequência ou estratégia precisam mudar.

Intensificar. O risco aumentou: mais frequência, mais profissionais, mais rede, eventualmente mudança de modalidade de cuidado.

Encerrar ou transitar. As metas foram alcançadas ou o cuidado deve passar a outro serviço, com plano de transição — tema da unidade 2.

O que não é decisão: deixar o plano como está e continuar registrando que não avança.

> **EXEMPLO APLICADO**
>
> **Rafael, 45 dias após a construção do PTS.** Três metas em monitoramento.
>
> **Meta 1 — dormir na casa da mãe quatro noites por semana.** Indicador: noites registradas pela mãe e por ele. Resultado: 3, 2, 3, 4, 4, 3 — média 3,2. Leitura: avanço real, com oscilação ligada a noites de trabalho. Decisão: manter, com ajuste de expectativa para três noites nas semanas de escala noturna.
>
> **Meta 2 — retomar visitas ao filho em 45 dias.** Indicador: visita realizada e registro do serviço de convivência. Resultado: uma visita acompanhada no 38º dia; a segunda foi cancelada por falta de profissional para acompanhar. Leitura: problema de plano e de rede, não de adesão. Decisão: ajustar — negociar acompanhamento com o CRAS e registrar a barreira.
>
> **Meta 3 — acordo com o maior credor.** Indicador: protocolo de acordo. Resultado: nenhum contato; ele faltou a duas reuniões por causa do horário de trabalho. Leitura: barreira concreta e meta com prazo irreal. Decisão: ajustar — mudar para contato telefônico e prazo de 90 dias.
>
> **O que a equipe quase concluiu:** "pouca adesão, principalmente na parte jurídica". O que o monitoramento mostrou: duas metas avançando, uma travada por barreira objetiva. A diferença entre as duas leituras muda o plano — e muda o modo como a pessoa é tratada na próxima conversa.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um serviço registra, em todos os prontuários, a frase "paciente em acompanhamento, sem intercorrências" a cada 30 dias. Quando a direção pede um relatório de evolução dos casos, ninguém consegue dizer o que mudou em cada PTS, quais intervenções foram realizadas e quais metas avançaram.

Tarefa. Explique o que falhou no monitoramento e proponha um modelo mínimo de registro.

Resolução comentada. Falhou a função do registro: "sem intercorrências" não é dado, é ausência de informação; registros idênticos repetidos indicam que ninguém está olhando para indicadores. Sem dados comparáveis, não há como avaliar intervenção, corrigir plano ou prestar contas. Modelo mínimo: (1) para cada meta do PTS, um indicador verificável e a fonte do dado; (2) nota de contato com os três campos — previsto, acontecido, o que muda; (3) síntese a cada 30 dias com a decisão tomada (manter, ajustar, intensificar, encerrar); (4) registro separado das barreiras de rede, porque elas explicam metas paradas e orientam gestão. Com isso, o relatório deixa de ser um exercício de redação e passa a ser leitura de série histórica.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Monitorar só o resultado final	Nada se aprende sobre o processo	Medir processo e resultado
"Sem intercorrências" como registro	Registro sem informação	Dados concretos por meta
Registrar no fim do mês, de memória	Reconstrução conveniente	Nota no mesmo dia
Concluir "falta de adesão" cedo	Pessoa responsabilizada por falha do plano	Cinco perguntas antes do veredito
Metas sem indicador	Ninguém sabe se avançou	Indicador e fonte definidos na construção
Medir apenas abstinência	Sucesso e fracasso mal distribuídos	Conjunto de indicadores
Manter plano que não avança	Cuidado por inércia	Decisão explícita a cada ciclo
Não registrar barreira de rede	Meta parada vira problema da pessoa	Campo próprio para barreiras

SÍNTESE

Monitorar é olhar quatro camadas — pessoa, intervenções, plano, contexto — com indicadores de processo e de resultado, registrando de forma breve e comparável. A frequência segue a intensidade do cuidado, e cinco situações justificam antecipar a revisão. Antes de atribuir falta de adesão, verifique realismo da meta, existência da intervenção, barreira concreta, autoria da meta e solidez do vínculo. Evolução em dependência química se lê por um conjunto de indicadores, não por um único. E todo ciclo de monitoramento termina em uma decisão explícita: manter, ajustar, intensificar ou encerrar.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escolha uma meta de um caso seu (real, anonimizado) e escreva dois indicadores: um de processo e um de resultado, com a fonte de cada dado.
Resposta comentada: avalia-se a verificabilidade. Exemplo: meta "retomar contato com a irmã"; processo — "ligações realizadas por semana, registradas em nota de contato"; resultado — "encontros presenciais realizados no mês, com data". Indicador sem fonte definida tende a não ser medido.

2. Uma pessoa faltou a três dos últimos quatro atendimentos. Escreva as cinco perguntas que você faria antes de registrar "baixa adesão".
Resposta comentada: a meta era realista? a intervenção estava disponível (horário, transporte, vaga)? havia barreira concreta? a meta era reconhecida pela pessoa? o vínculo estava sustentando o plano? A ordem importa: começa pelo plano, não pela pessoa.

3. Transforme "paciente evolui bem" em um registro de três linhas com dados.
Resposta comentada: exemplo: "Previsto: 4 noites na casa da mãe e 1 visita ao filho. Aconteceu: 3 noites; visita cancelada por falta de acompanhante do serviço. Muda: ajustar expectativa de noites em semanas de escala noturna e negociar acompanhamento com o CRAS." O registro mostra avanço parcial, barreira e decisão.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um PTS define a meta "reduzir conflitos com a mãe" e, após 60 dias, a equipe registra "meta não alcançada por falta de adesão do usuário". A leitura tecnicamente mais adequada é:

a) a conclusão está correta, porque metas não alcançadas indicam baixa adesão.
b) a meta não é verificável como está escrita, e a conclusão de "falta de adesão" foi tirada sem verificar realismo, intervenção disponível, barreira concreta e autoria da meta.
c) o correto seria substituir a meta por "manter abstinência", que é mais objetiva.
d) o caso deve ser encerrado, já que o plano não funcionou.
Gabarito: b.
A meta é vaga e a conclusão pula etapas. (a) transforma ausência de dado em julgamento sobre a

pessoa. © troca uma meta mal escrita por um critério único, mantendo o problema de mensuração. (d) encerra o cuidado por falha de formulação do plano.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o monitoramento é mais simples e não pode ser dispensado: uma linha por sessão com o que mudou, e uma revisão a cada quatro a seis encontros, com a pessoa, olhando as metas acordadas. Vale ter um registro separado de "o que eu fiz" (intervenções) e "o que mudou" (resultado), porque a tendência de quem atende é lembrar do próprio esforço e esquecer a ausência de mudança. Em codependência familiar, um indicador útil é a redução de comportamentos de controle e de resgate — e ele só aparece se for medido.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.

UNIDADE 7.2 · 1 H

7.2 Reavaliação e reformulação do PTS

Apresentação

Existe uma diferença entre revisar um plano e recomeçar do zero. Revisar é olhar o que foi feito, o que funcionou e o que precisa mudar, mantendo a história e o vínculo. Recomeçar do zero é o que acontece quando a equipe troca, o serviço muda de gestão ou o caso "esfria" — e cada reinício custa confiança.

Esta unidade trata da reavaliação como parte do método, não como resposta a crise. Quando reavaliar, como reconhecer uma meta que não funciona, o que fazer com objetivos que perderam sentido, como redistribuir responsabilidades e como registrar a decisão para que ela não se perca na próxima reunião.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. definir o ciclo de reavaliação e seus gatilhos;
2. reconhecer metas que não funcionam e reformulá-las sem abandonar a prioridade;
3. atualizar objetivos diante de mudança de contexto ou de novas necessidades;
4. revisar responsabilidades e pactuar mudanças com a equipe e com a pessoa;
5. registrar a decisão de revisão de modo que ela produza efeito no cuidado.

Desenvolvimento

Quando reavaliar

Há três tipos de reavaliação, e confundi-los é fonte de confusão:

Reavaliação de rotina. Acontece em prazo definido no PTS — em geral 30, 60 ou 90 dias, conforme a intensidade do cuidado. Não depende de haver problema: serve para confirmar direção.

Reavaliação por gatilho. Acontece quando algo muda: piora de risco, mudança de contexto, intervenção que não se efetiva, meta parada por dois ciclos, divergência na equipe, entrada ou saída de um profissional, mudança de modalidade de cuidado.

Reavaliação extraordinária. Acontece diante de evento grave — tentativa de suicídio, violência, prisão, morte na família, recaída com consequência séria. Aqui a prioridade não é revisar o documento, é reorganizar o cuidado; o registro vem depois, com calma.

O erro mais comum é não ter rotina e só revisar em crise. Quando isso acontece, toda revisão é vivida como sinal de fracasso, e a equipe evita convocar.

A pauta de uma boa revisão

Uma reunião de revisão de PTS leva de 30 a 50 minutos e tem seis pontos fixos:

1. **O que foi combinado** — leitura das metas e dos responsáveis, sem interpretação.
2. **O que aconteceu** — indicadores, registros, o que a pessoa relata.
3. **O que explica a diferença** — hipóteses, incluindo barreiras de rede e de contexto.
4. **O que a pessoa quer** — a voz dela entra aqui, não como validação final.
5. **Decisão** — manter, ajustar, intensificar, encerrar.
6. **O que muda no documento e quem faz o quê até quando.**

Sem o ponto 4, a revisão vira avaliação de desempenho. Sem o ponto 6, a reunião produz sensação de trabalho e nenhuma mudança.

Como reconhecer uma meta que não funciona

Seis sinais aparecem com regularidade:

Não é verificável. "Melhorar a relação com a família" não permite dizer se avançou. Reformule com indicador: "participar de duas conversas mediadas com a irmã em 60 dias".

Depende de terceiro sem prazo. "Conseguir vaga no CAPS" depende de outro serviço; como meta da pessoa, é injusta. Transforme em ação da equipe, com prazo e responsável.

É grande demais para o ciclo. "Reconstruir a vida" não cabe em 90 dias. Decomponha em duas ou três metas menores.

Foi definida sem a pessoa. Metas que ela não reconhece tendem a não acontecer; e o fracasso recai sobre ela.

Não há intervenção correspondente. Se nada no plano produz aquele resultado, a meta é desejo.

Já foi alcançada e ninguém percebeu. Acontece mais do que se imagina: a equipe segue cobrando algo que já se resolveu, e a pessoa desiste de argumentar.

Reformular sem perder a prioridade

Reformular não é abandonar o tema. É mudar o caminho mantendo a direção. Um roteiro de quatro passos:

Passo 1 — nomeie a prioridade. "Reduzir risco de episódios noturnos" continua sendo a prioridade, mesmo que a meta tenha mudado.

Passo 2 — identifique o que falhou. Foi o tamanho da meta, o indicador, a intervenção, o prazo, o responsável ou o contexto?

Passo 3 — reescreva com um elemento novo. Se a meta era grande, decomponha. Se o prazo era irreal, estenda com marcos intermediários. Se a intervenção não existia, crie-a. Se o responsável não podia executar, troque.

Passo 4 — verifique se continua sendo da pessoa. Uma meta reformulada que ela não reconhece voltará a não funcionar — e a equipe repetirá o diagnóstico de falta de adesão.

Atualizar objetivos quando o contexto muda

Contexto muda por fora e por dentro. Por fora: perda de emprego, separação, mudança de cidade, decisão judicial, morte na família, nova gestação, aparecimento de doença. Por dentro: a pessoa passa a reconhecer um problema que antes negava, ou deixa de reconhecer um que antes aceitava.

Três condutas ajudam:

Não jogue o plano fora. O histórico de metas e de resultados é o que permite entender o que funciona para aquela pessoa.

Reordene prioridades explicitamente. Se a moradia virou risco imediato, ela passa à frente — e isso precisa estar escrito, com a data e o motivo, não apenas combinado na conversa.

Reconheça ganhos já obtidos. Mudança de contexto não apaga progresso. Registre o que foi alcançado, mesmo que a nova fase exija outro foco.

Revisar responsabilidades

Boa parte das metas paradas não tem problema de conteúdo: tem problema de responsável. Vale conferir quatro coisas em cada ação:

Alguém é nominalmente responsável? "A equipe" não é responsável por nada.

Essa pessoa tem poder de executar? Se a ação depende de autorização de outro setor, o responsável real é outro.

Há prazo? Ação sem data vira intenção.

Há substituto em caso de ausência? Férias e plantões não deveriam interromper cuidado.

Quando a responsabilidade muda, a pessoa atendida precisa saber — e o registro precisa dizer quem assumiu, quando e como contatar.

A participação da pessoa na revisão

Revisar sem a pessoa é possível, mas incompleto. Três formatos funcionam:

Revisão conjunta, com a pessoa presente, na maior parte dos casos.

Revisão da equipe seguida de devolutiva, quando a discussão envolve informação sensível de terceiros ou quando a pessoa não pode comparecer.

Revisão com a pessoa e um apoiador escolhido por ela, útil em situações de maior vulnerabilidade.

Em qualquer formato, três perguntas devem chegar à pessoa: o que mudou na sua vida desde a última revisão; o que está ajudando e o que está atrapalhando; o que você quer que seja diferente até a próxima.

Registrar a decisão

O registro de revisão precisa conter: data; quem participou; o que foi avaliado, com indicadores; a decisão tomada; o que muda no PTS, campo por campo; e a data da próxima revisão. Sem isso, a reunião se dissolve e a equipe do plantão continua trabalhando com a versão antiga.

Um cuidado especial: quando a decisão é não mudar nada, registre isso também. "Mantido o plano, sem alterações, com justificativa" é informação clínica — evita que a próxima reunião repita a discussão do zero.

EXEMPLO APLICADO

Revisão de 60 dias do PTS de Rafael.

Avaliação. Meta 1 (noites na casa da mãe) avançou de 0 para média de 3,2 noites. Meta 2 (visitas ao filho) teve uma visita realizada e uma cancelada por falta de acompanhante do serviço. Meta 3 (acordo com credor) sem avanço, com duas faltas por conflito de horário.

Hipóteses discutidas. A equipe levantou "pouca adesão à parte jurídica". A discussão mostrou barreira de horário e ausência de alternativa por telefone; a meta era da equipe, não dele.

Decisão registrada. Manter meta 1, com ajuste de expectativa para três noites em semanas de escala noturna. Reformular meta 2: a ação "negociar acompanhamento com o CRAS" passa a ser da técnica de referência, com prazo de 15 dias; a meta da pessoa passa a ser "participar das visitas quando convocada, com aviso de 48 horas". Reformular meta 3: contato telefônico com o credor, prazo de 90 dias, com apoio da Defensoria.

O que mudou no documento. Três campos reescritos, dois responsáveis alterados, nova data de revisão em 30 dias.

O que a pessoa disse na devolutiva. "Eu não estava fugindo; eu estava trabalhando." A frase entrou no registro — e mudou o tom da próxima cobrança.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma equipe revisa o PTS de uma pessoa em situação de rua a cada 90 dias. Nas três últimas revisões, registrou: "mantidas as metas; usuário segue resistente". Nenhuma intervenção foi alterada, nenhum responsável foi trocado, nenhum indicador foi medido.

Tarefa. Diagnostique o problema e proponha o que fazer na próxima revisão.

Resolução comentada. Não houve reavaliação: houve repetição de uma conclusão. "Resistente" é rótulo, não dado; ausência de indicador impede saber se algo avançou; ausência de mudança em

três ciclos indica que o plano não está sendo testado. Na próxima revisão: (1) levantar dados concretos do período — contatos realizados, acessos a serviços, documentos obtidos, noites em abrigo; (2) verificar se as intervenções previstas existiram; (3) ouvir a pessoa sobre o que a impede de usar o que é oferecido; (4) reformular ao menos uma meta com indicador verificável e um responsável nominal; (5) registrar a decisão e a data da próxima revisão. Se, após dois ciclos com intervenções efetivamente realizadas, nada mudar, a hipótese a discutir é de mudança de estratégia — e não de resistência da pessoa.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Só revisar em crise	Revisão vira sinal de fracasso	Ciclo de rotina com data marcada
Revisar sem dados	Discussão por impressão	Indicadores lidos antes da reunião
Reunião sem decisão registrada	Equipe volta à versão antiga	Ata com o que muda e quem faz
Reformular abandonando a prioridade	Perde-se a direção do cuidado	Manter prioridade, mudar caminho
Trocar meta por outra mais fácil	Plano melhora no papel, não na vida	Justificar a troca com critério clínico
Não avisar a pessoa sobre mudança de responsável	Ela procura quem saiu	Comunicação e registro da troca
Recomeçar do zero a cada gestão	Perda de história e de vínculo	Histórico de metas preservado
Confundir revisão com alta	Pessoa entende encerramento	Explicitar o objetivo da revisão

SÍNTESE

Reavaliar é parte do método e tem três formas: rotina, gatilho e extraordinária. A boa revisão segue seis pontos fixos, e a voz da pessoa entra antes da decisão, não depois. Metas que não funcionam se reconhecem por seis sinais e se reformulam em quatro passos, mantendo a prioridade e mudando o caminho. Contexto que muda exige reordenação explícita, com data e motivo, sem apagar ganhos. Responsabilidade se revisa com nome, poder de execução, prazo e substituto. E toda revisão

termina em registro: o que foi avaliado, o que se decidiu, o que muda e quando será a próxima — inclusive quando a decisão é não mudar nada.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Pegue uma meta do seu caso e aplique os seis sinais de "meta que não funciona". Depois reescreva-a em uma frase verificável.
Resposta comentada: o exercício é avaliado pela verificabilidade da nova frase: deve conter comportamento observável, prazo e, de preferência, fonte de dado. Exemplo: de "melhorar a convivência em casa" para "participar de duas conversas mediadas com o irmão em 60 dias, registradas pela técnica de referência".

2. Escreva a pauta de 30 minutos de uma revisão de rotina, com os seis pontos e o tempo de cada um.
Resposta comentada: exemplo: combinado (4 min), acontecido (8 min), explicações (6 min), o que a pessoa quer (5 min), decisão (4 min), o que muda e quem faz (3 min). O avaliador deve observar se a voz da pessoa tem tempo próprio e se a decisão é ponto separado da discussão.

3. Uma pessoa mudou de cidade e perdeu o vínculo com o serviço. Descreva como preservar o histórico do PTS na transferência.
Resposta comentada: resumo de uma página com prioridades, metas e resultados, intervenções que funcionaram e que não funcionaram, medicações em uso, riscos e contatos; envio com consentimento; contato com o serviço de destino; registro da contrarreferência; e uma frase clara sobre o que a pessoa não quer repetir — informação que só ela pode dar.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Em uma revisão de 90 dias, a equipe conclui que a meta "conseguir vaga em comunidade terapêutica" não foi alcançada e registra "falta de adesão". A análise correta é:

a) a conclusão procede, porque a pessoa não deu seguimento ao encaminhamento.
b) a meta estava mal formulada: dependia de oferta de terceiro e deveria ser ação da equipe, com prazo e responsável, enquanto a meta da pessoa seria outra.
c) o caso deve ser encerrado por falta de interesse.
d) a meta deveria ser substituída por abstinência, que depende só da pessoa.
Gabarito: b.
Meta que depende de oferta externa não mede a pessoa; mede a rede. (a) e © atribuem à pessoa uma falha de formulação. (d) troca uma meta inadequada por outra que ignora contexto e rede, mantendo o problema de responsabilização individual.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a revisão pode ser combinada desde a primeira sessão: "vamos olhar juntos o que combinamos a cada quatro encontros". Isso muda a natureza do processo — deixa de ser uma sequência de conversas e passa a ser um plano com memoriais de avanço. Duas providências práticas: registrar a decisão da revisão em duas linhas, e ler essa linha em voz alta para a pessoa, corrigindo o que ela não reconhece. Em atendimento de familiares, a revisão costuma revelar que a meta combinada era a que o profissional queria, não a que a família podia sustentar.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.

UNIDADE 7.3 · 1 H

7.3 Recaídas, interrupções e mudanças de percurso

Apresentação

Um plano terapêutico raramente segue em linha reta. Há episódios de uso, faltas, abandonos, internações, mudanças de serviço e recomeços. O que distingue um cuidado que suporta essas oscilações de um cuidado que se rompe é o que a equipe faz **depois** — se trata o episódio como informação que corrige o plano, ou como prova de que a pessoa falhou.

Esta unidade trata das três situações que mais desorganizam o PTS: a recaída, a interrupção do acompanhamento e a mudança de modalidade de cuidado. Em todas, a pergunta central é a mesma: como manter continuidade sem transformar o plano em sentença.

> **OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**
>
> Ao final desta unidade, você será capaz de:
> 1. distinguir lapso, recaída e recaída com consequência grave, e o que cada um exige do plano;
> 2. revisar o PTS após um episódio de uso sem punir nem minimizar;
> 3. reconhecer falhas de estratégia que favorecem a repetição de episódios;
> 4. planejar reengajamento de quem interrompeu o acompanhamento;
> 5. conduzir mudança de modalidade de cuidado com continuidade assistencial.

Desenvolvimento

Lapso, recaída e consequência grave

Três situações pedem respostas diferentes:

Lapso. Episódio isolado, interrompido, sem consequência importante, geralmente relatado pela própria pessoa. A resposta é contato próximo, análise do contexto, ajuste do plano e manutenção do vínculo. O plano raramente precisa ser refeito por inteiro.

Recaída. Retorno a um padrão de uso próximo do anterior, com prejuízo em alguma área — trabalho, família, saúde, jurídico. Exige revisão do PTS: a estratégia anterior não sustentou o resultado, e insistir nela produz repetição.

Recaída com consequência grave. Overdose, acidente, violência, prisão, perda de guarda, internação. Aqui a prioridade é segurança e reorganização imediata do cuidado; a revisão formal do documento vem depois, com dados.

O erro simétrico aparece nos dois extremos: tratar todo lapso como recaída total — o que produz desânimo e o chamado efeito de violação da abstinência — e tratar toda recaída como detalhe, o que deixa de corrigir o plano.

O que a recaída informa sobre o plano

Uma recaída não é apenas um evento da pessoa: é um dado sobre o plano. Cinco perguntas ajudam a extrair informação útil:

Qual foi o contexto? Onde, com quem, em que horário, depois de que situação — conflito, cobrança, insônia, dinheiro, solidão, festa, retorno ao bairro.

O que a pessoa tentou fazer antes? Se ela usou alguma estratégia combinada e ela não funcionou, o plano precisa de outra. Se não tentou, é preciso saber por quê.

A intervenção prevista existia naquele momento? Não adianta prever contato de crise se ninguém atende no domingo à noite.

Que metas ficaram frágeis? Uma recaída costuma derrubar a meta mais exposta — geralmente a que dependia de manter tudo sob controle ao mesmo tempo.

O que continua de pé? Vínculos, trabalho, tratamento de saúde, moradia. Reconhecer o que se manteve evita que a pessoa e a equipe descartem ganhos reais.

Falhas de estratégia que favorecem a repetição

Alguns padrões de plano produzem recaídas previsíveis:

Plano que só funciona em ambiente protegido. Tudo bem desenhado para dentro da comunidade terapêutica e nada previsto para o primeiro fim de semana em casa.

Plano sem plano de crise. Nenhum contato, nenhum endereço, nenhuma conduta para a madrugada de sábado.

Excesso de metas simultâneas. Quando tudo é prioridade, a pessoa tenta sustentar cinco mudanças e perde as cinco.

Meta única e binária. "Ficar abstinente" transforma qualquer episódio em fracasso total e retira o incentivo para relatar.

Rede inexistente no território. Plano desenhado para um serviço que fica a duas conduções e fecha às 17h.

Retirada precoce de suporte. Reduzir frequência de contatos exatamente quando a pessoa volta a trabalhar e fica mais exposta.

Revisar o PTS depois de uma recaída

Um roteiro de cinco passos, que cabe em uma reunião:

1. **Segurança primeiro.** Avaliar risco clínico, intoxicação, ideação, violência, situação de moradia.
2. **Reconstruir a linha do tempo** do episódio, com a pessoa, sem interrogatório.
3. **Separar o que foi falha de plano do que foi decisão da pessoa** — sem transformar a distinção em julgamento moral.
4. **Manter, ajustar ou trocar uma estratégia** — no máximo duas mudanças por ciclo, para que sejam testáveis.
5. **Registrar** o que mudou, quem faz o quê e quando será a próxima revisão.

O que não entra no plano: contrato de punição, perda de visita como sanção, "termo de compromisso" com desligamento automático. Instrumentos de controle produzem ocultação — e ocultação produz risco.

Interrupção do acompanhamento

Interrupção é diferente de alta e diferente de recaída. A pessoa simplesmente deixa de vir, e a equipe descobre semanas depois. Quatro leituras possíveis, e a equipe precisa testá-las antes de concluir:

Barreira prática. Horário, transporte, trabalho, filho, distância, custo.

Ruptura de vínculo. Conflito com um profissional, sensação de julgamento, mudança de técnico de referência, promessa não cumprida pelo serviço.

Perda de sentido. O plano deixou de responder ao que a pessoa considera importante; ela não vê razão para continuar.

Piora do quadro. Uso intensificado, depressão, sintomas psicóticos, situação de rua — a ausência é sintoma, não decisão.

Reengajamento que funciona

Algumas práticas aumentam a chance de retorno:

Contato rápido e concreto. Mensagem ou ligação em até uma semana, com pergunta aberta e sem cobrança: "senti sua falta; como você está? quer marcar um horário?".

Oferta de alternativa real. Outro horário, outro profissional, atendimento por telefone, retorno em grupo.

Redução da barreira antes da conversa. Se o problema é transporte, resolva o transporte antes de marcar a sessão.

Porta aberta com prazo. "Se não puder agora, me procure em tal data" é mais eficaz do que "quando quiser".

Registro da tentativa. Cada contato feito precisa estar no prontuário; sem isso, a equipe repete a mesma ligação e a pessoa recebe cinco abordagens desconexas.

O que não funciona: carta de advertência, aviso de desligamento por falta, comunicado à família sem consentimento, e a frase "ele que procure quando quiser" — que transfere para quem está em pior condição a responsabilidade pela continuidade.

Mudança de modalidade de cuidado

Mudar de ambulatório para comunidade terapêutica, de comunidade para moradia assistida, de hospital para acompanhamento intensivo: cada passagem é um momento de risco. Três cuidados reduzem esse risco:

Transição planejada, não expulsão. A mudança deve ter indicação clínica registrada, não ser efeito de conflito, de falta de vaga ou de fim de contrato.

Sobreposição. O novo serviço deve acolher antes de o antigo encerrar, sempre que possível. Um contato de apresentação e uma visita reduzem muito a perda.

Resumo de transferência. Uma página com prioridades, metas e resultados, o que funcionou e o que não funcionou, medicações, riscos, contatos e o que a pessoa não quer repetir.

Continuidade assistencial

Continuidade não é manter o mesmo serviço para sempre: é garantir que a pessoa não fique sem cuidado em nenhum intervalo. Três perguntas avaliam a continuidade em qualquer transição:

Quem responde por essa pessoa amanhã? Nome, serviço, telefone.

O que acontece se ela faltar? Quem procura, em quanto tempo, por qual via.

O que ela leva consigo? Documento, receita, resumo, contato de referência.

Se as três respostas não existem, a transição é uma interrupção disfarçada.

EXEMPLO APLICADO

Rafael, 4º mês. Após três semanas de trabalho noturno, ele usa cocaína em uma noite, interrompe sozinho, falta ao atendimento seguinte e retorna dez dias depois, sem ter avisado.

Leitura apressada. "Recaída; reiniciar contagem; rever se ele realmente quer."

Leitura com o plano na mão. Contexto: retorno ao turno da noite, sono invertido, dois plantões seguidos, contato com antigo colega de uso. Estratégia combinada: ligar para o irmão e sair do local. O que aconteceu: ele não ligou — o irmão dorme cedo e ele não quis incomodar. Intervenção prevista: contato de apoio noturno, que não existia no plano.

Decisão de revisão. Manter a prioridade (reduzir risco de episódios noturnos); trocar a estratégia de crise por uma que funcione à noite — mensagem para um contato da rede de apoio e um plano

de saída do local, combinado com antecedência; ajustar a meta de sono para incluir o dia seguinte ao plantão; incluir a equipe do trabalho na conversa sobre escala, com autorização.

Registro. O episódio é descrito com dados; a falha de plano é nomeada; as duas mudanças são registradas com responsáveis; nova revisão em 21 dias. Nenhuma sanção. Nenhum "recomeço do zero".

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma comunidade terapêutica tem como regra que qualquer uso dentro da casa implica desligamento imediato, com registro em prontuário de "quebra de contrato". Um residente de 19 anos, com histórico de overdose, é desligado após um episódio e sai sem contato de referência, sem receita e sem encaminhamento.

Tarefa. Analise a situação nos planos clínico, ético e de continuidade, e proponha o que deveria ter sido feito.

Resolução comentada. Clínico: a regra transforma um evento clínico previsível em expulsão, e justamente para a pessoa de maior risco; o desligamento retira o suporte no momento de maior vulnerabilidade e aumenta o risco de overdose por perda de tolerância. Ético e regulatório: a permanência é voluntária e a saída deve ser planejada, com informação e registro; desligar sem plano de continuidade contraria o dever de cuidado e as exigências de organização do serviço. Continuidade: sair sem receita, sem contato e sem encaminhamento interrompe tratamento e pode configurar abandono. O que deveria ter sido feito: avaliar risco imediatamente; reunir a pessoa e a equipe; revisar o PTS com base no episódio; considerar mudança de modalidade com transição planejada, se a permanência não fosse indicada; garantir resumo de transferência, receita, contato e acompanhamento até o acolhimento em outro serviço; registrar tudo. E, no plano institucional, substituir a regra de expulsão por um protocolo de resposta ao uso, com avaliação, revisão e decisão clínica.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Tratar lapso como recaída total	Efeito de violação, desânimo	Resposta proporcional ao evento
Tratar recaída como detalhe	Plano não se corrige	Revisão com dados
Punição com perda de visita ou desligamento	Ocultação e risco	Resposta clínica, não sancionatória
Reiniciar contagem do zero	Apaga aprendizado	Histórico preservado, metas revistas

Erro	O que acontece	Correção
Plano sem plano de crise	Madrugada sem resposta	Contato e conduta definidos
Cinco metas ao mesmo tempo	Nenhuma sustentável	No máximo duas mudanças por ciclo
Esperar a pessoa voltar	Perda de vínculo e de risco	Busca ativa com prazo e registro
Transição sem sobreposição	Interrupção disfarçada	Acolhimento antes do encerramento

SÍNTESE

Lapso, recaída e recaída com consequência grave pedem respostas diferentes, e a resposta punitiva é sempre a pior. A recaída é dado sobre o plano: contexto, tentativa de manejo, intervenção disponível, metas frágeis e ganhos preservados. Certos desenhos de plano favorecem a repetição — plano que só funciona protegido, sem plano de crise, com metas demais, metas binárias, rede distante e retirada precoce de suporte. Interrupção tem quatro leituras possíveis e exige busca ativa rápida, concreta e registrada. Mudança de modalidade se faz com indicação registrada, sobreposição e resumo de transferência. Continuidade se testa com três perguntas: quem responde amanhã, o que acontece se ela faltar e o que ela leva consigo.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Diferencie, em três frases, a resposta do serviço a um lapso e a uma recaída com prejuízo funcional.
Resposta comentada: o lapso pede contato próximo, análise de contexto e ajuste pontual, mantendo o plano; a recaída com prejuízo exige revisão do PTS, com troca de pelo menos uma estratégia e novo ciclo de monitoramento; em ambas, registro com dados e nenhuma sanção.

2. Escreva um plano de crise de meia página para um caso fictício, com o que fazer em uma madrugada de sábado.
Resposta comentada: deve conter: sinais de alerta, o que a pessoa faz primeiro, a quem liga (nome e telefone), para onde vai se precisar sair de casa, o que não fazer (dirigir, usar sozinho, isolar-se), quem da equipe é acionado no dia seguinte e como isso é registrado. Plano sem nome e telefone não é plano.

3. Uma pessoa falta há três semanas. Escreva o roteiro de busca ativa, incluindo o que registrar.
Resposta comentada: duas tentativas por vias diferentes em uma semana, com mensagem aberta e concreta; oferta de alternativa de horário ou de profissional; verificação com a rede (com con-

sentimento) sobre barreiras; registro de cada tentativa com data, via e resposta; definição de prazo para nova tentativa; e comunicação à equipe para não duplicar abordagens.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um residente de comunidade terapêutica usa uma substância dentro da casa, é desligado no mesmo dia e sai sem encaminhamento, sem receita e sem contato. A análise correta é:

a) a conduta é adequada, porque a regra da casa precisa ser cumprida para todos.
b) a conduta é adequada se o uso tiver sido confirmado por exame.
c) a conduta é inadequada: desligar sem avaliação de risco e sem plano de continuidade interrompe cuidado no momento de maior vulnerabilidade, com risco de overdose por perda de tolerância.
d) o problema é apenas de registro, já que a decisão clínica estava correta.

Gabarito: c.
O risco aumenta exatamente quando o suporte é retirado. (a) confunde cumprimento de regra com dever de cuidado. (b) desloca a questão para a prova do uso, sem tratar a continuidade. (d) reduz um problema de cuidado a um problema documental.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a recaída costuma chegar como vergonha: a pessoa desaparece e volta semanas depois, pedindo desculpas. A resposta que sustenta o tratamento é explícita — "episódio faz parte; o que interessa é o que fazemos com ele" — seguida de análise concreta do contexto e de uma mudança de estratégia. Vale combinar, desde o início, o que fazer em caso de recaída e de crise, por escrito e com contatos reais. Em codependência familiar, a recaída de um familiar costuma reativar o ciclo de resgate; ter um plano escrito de como agir, com limites claros, protege o processo de quem está em atendimento.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

UNIDADE 7.4 · 1 H

7.4 Registros, ética e sigilo

Apresentação

O registro é a memória técnica do cuidado — e também um documento que pode ajudar ou prejudicar alguém por muitos anos. Uma frase escrita às pressas ("usuário manipulador, resistente ao tratamento") acompanha a pessoa por instituições, processos e atendimentos, muitas vezes sem que ela saiba que existe.

Esta unidade trata de como registrar evolução com objetividade, como escrever sem estigma, o que o sigilo protege e quais são seus limites, como compartilhar informação sem violar direitos e como a proteção de dados se aplica ao prontuário de saúde.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. registrar evolução de forma objetiva, verificável e útil ao cuidado;
2. substituir linguagem estigmatizante por descrição profissional;
3. distinguir o que é sigiloso, quem pode acessar e em que condições;
4. reconhecer os limites legais e éticos do sigilo;
5. aplicar princípios de proteção de dados ao prontuário e ao compartilhamento em rede.

Desenvolvimento

Para que serve o registro

Um registro clínico cumpre quatro funções, e vale conferir se o seu cumpre todas:

Continuidade. Permite que outro profissional continue o cuidado sem recomeçar do zero — especialmente no plantão, nas férias e nas trocas de equipe.

Memória técnica. Permite comparar o que foi previsto e o que aconteceu, base do monitoramento visto na unidade 1.

Proteção da pessoa e do profissional. Documenta decisões, orientações dadas, encaminhamentos feitos e riscos avaliados.

Prestação de contas. Responde a auditoria, vigilância sanitária, pedidos judiciais e à própria pessoa, que tem direito de acessar seu registro nos termos da lei e das normas profissionais.

Registro que não serve a nenhuma dessas funções costuma ser opinião: longa, opinativa e inútil.

Objetividade: o teste dos cinco elementos

Um bom registro de evolução responde a cinco perguntas:

1. **O que foi observado ou relatado?** Fato, com fonte ("relata", "observado na recepção", "informado pela irmã, com autorização").
2. **Quando e em que contexto?** Data, local, quem estava presente.
3. **O que estava previsto?** A meta ou intervenção em curso.
4. **O que mudou?** Com dado concreto, quando possível.
5. **O que foi decidido?** Conduta, encaminhamento, nova data.

Compare:

Registro fraco: "Paciente difícil, manipulador, não colabora. Familiares desestruturados."

Registro profissional: "Relata ter faltado aos dois últimos grupos por conflito de horário com novo emprego. Pede atestado de comparecimento. Combinado contato telefônico quinzenal e retorno ao grupo noturno a partir de março. Irmã telefonou pedindo informações; orientada sobre sigilo e sobre como apoiar, sem repasse de conteúdo clínico."

O segundo registro tem fatos, contexto, decisão e limite ético. O primeiro tem julgamento — e nenhuma informação utilizável.

Linguagem que não estigmatiza

A escolha de palavras não é delicadeza: é precisão técnica. Rótulos condensam julgamentos e apagam dados. Uma tabela de substituições ajuda a equipe a calibrar:

Evitar	Por que	Escrever
"Manipulador"	atribui intenção e desqualifica	"solicita exceções às regras com frequência; reage com irritação quando contrariado"
"Resistente ao tratamento"	transforma não adesão em traço	"faltou a 3 de 5 atendimentos; relata dificuldade de transporte"
"Usuário de drogas" como identidade	reduz a pessoa ao uso	"pessoa em tratamento por uso de cocaína"
"Recaído" como rótulo permanente	congela o episódio	"apresentou episódio de uso em 12/03, interrompido no mesmo dia"
"Família desestruturada"	juízo moral	"família com conflitos frequentes; irmã é a principal apoiadora"
"Não tem condições de aderir"	prognóstico sem base	"não há, até o momento, condições de comparecer semanalmente; proposta mensal em avaliação"

Evitar	Por que	Escrever
"Borderline" como adjetivo	diagnóstico usado como insulto	"diagnóstico de transtorno de personalidade borderline, conforme avaliação de ..."
"Abandonou o tratamento"	imputa decisão onde pode haver barreira	"interrompeu o acompanhamento em 02/04; busca ativa realizada em 09/04, sem resposta"

Duas regras resolvem a maior parte dos casos: **descreva comportamento observável, não caráter**; e **registre o dado, não a conclusão sobre a pessoa**.

Sigilo: o que protege e por quê

O sigilo protege a informação clínica e a privacidade da pessoa. Sua razão não é burocrática: sem confiança de que o que é dito não será exposto, ninguém relata uso, violência, medo ou recaída — e o cuidado perde a informação de que precisa.

O sigilo alcança: conteúdo de atendimentos, diagnóstico, medicação, uso de substâncias, situação familiar, dados jurídicos e financeiros mencionados, e a própria condição de estar em tratamento.

O sigilo **não** é segredo compartilhado com a equipe: dentro da equipe de cuidado, a informação circula na medida necessária ao cuidado — o chamado necessidade de saber. O que não se admite é comentário em espaço coletivo, em grupo de mensagens amplo, em corredor, em rede social ou em conversa com vizinhos.

Limites do sigilo

O sigilo não é absoluto. Situações em que a informação pode ou deve ser compartilhada, sempre no limite do necessário e com registro:

Risco à vida. Risco iminente de suicídio, homicídio ou de dano grave: a proteção da vida prevalece, com comunicação a quem possa intervir.

Proteção de criança e adolescente. Situações de violência, negligência ou abuso seguem o Estatuto da Criança e do Adolescente e os fluxos de notificação.

Determinação judicial. Quando há ordem judicial, o profissional presta informação nos limites da determinação e registra o que foi fornecido.

Trabalho em equipe e rede. Compartilhamento com profissionais envolvidos no cuidado, com consentimento sempre que possível e com finalidade definida.

Supervisão. Discussão de caso em supervisão é prática legítima, com anonimização e ambiente protegido.

Em qualquer dessas situações, três cuidados: informar a pessoa sobre o que será compartilhado e por quê (quando isso não aumentar o risco), compartilhar apenas o necessário, e registrar a decisão e o conteúdo repassado.

Compartilhamento com a família

Família é parte do cuidado e não é dona da informação. A prática recomendada:

Pergunte à pessoa o que pode ser dito. Registre o consentimento e seu alcance — inclusive quando ela autoriza "só o básico".

Dê à família o que ela precisa para cuidar, sem conteúdo clínico desnecessário: como apoiar, o que fazer em crise, a quem recorrer, como está o tratamento em termos gerais.

Não use a família como fiscal. Repassar informação para que familiares vigiem a pessoa destrói o vínculo e ensina a omitir.

Em atendimento de familiares, o sigilo é do atendimento daquele familiar, não do usuário — e o contrato de trabalho precisa deixar isso claro desde a primeira sessão.

Proteção de dados no prontuário

A Lei nº 13.709/2018 (LGPD) trata dados de saúde como dados pessoais sensíveis, com exigências próprias. No dia a dia, isso se traduz em providências simples:

Finalidade. Coletar o que serve ao cuidado, não o que pode ser útil um dia.

Acesso restrito. Prontuário em local seguro, com controle de quem acessa; nada de pastas abertas na recepção ou planilhas compartilhadas sem controle.

Registro de acesso. Em sistemas eletrônicos, saber quem consultou o quê.

Comunicação segura. Mensagens com dados clínicos não circulam em grupos abertos; use canais institucionais.

Retenção e descarte. Guardar pelo prazo legal e profissional aplicável, com descarte seguro ao final.

Direitos da pessoa. Acesso aos próprios dados, correção de informações erradas e informação sobre com quem foram compartilhados.

Direitos e autonomia no registro

Registrar não é escrever sobre alguém: é escrever com alguém. Três práticas fortalecem isso:

Leia para a pessoa o que foi registrado quando o conteúdo for sensível ou quando houver divergência de versão.

Registre a versão dela, quando diferente: "relata que faltou por trabalho; registro do serviço indica falta no mesmo dia por motivo não informado". Duas versões documentadas são melhores do que uma versão oficial que a pessoa contesta.

Corrija erros de forma visível, com data, sem apagar o histórico.

EXEMPLO APLICADO

Três registros do mesmo dia, no prontuário de Rafael.

Registro 1 — opinião: "Paciente instável, pouco comprometido. Família omissa."

Registro 2 — parcialmente objetivo: "Faltou ao grupo. A mãe ligou."

Registro 3 — profissional: "12/03. Faltou ao grupo de prevenção de recaídas (terceira falta no mês). Contato telefônico às 15h: relata que assumiu turno extra por dívida com o credor; pede orientação sobre como retomar. Combinado: participação no grupo de sábado e contato com a assistente social sobre negociação da dívida até 19/03. Mãe telefonou às 17h pedindo informações sobre o tratamento; informada de que ele autorizou repasse apenas sobre comparecimento e próximos passos; orientada sobre o que fazer em caso de crise. Registro de consentimento atualizado em 05/03."

O terceiro registro permite continuidade, documenta decisão, respeita o sigilo e não rotula ninguém. É também o único que protege o profissional em uma auditoria.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Em uma comunidade terapêutica, a equipe mantém um quadro na sala de staff com o nome de cada residente e etiquetas coloridas: verde para "bom", amarelo para "atenção", vermelho para "risco de evasão". Em uma reunião com familiares, a coordenadora comenta que "o fulano está no vermelho". A pessoa fica sabendo.

Tarefa. Analise os problemas éticos e proponha alternativa.

Resolução comentada. Problemas: exposição de informação clínica em espaço semiaberto, classificação estigmatizante que substitui análise por rótulo, uso de dado sensível em comunicação com terceiros sem consentimento e sem necessidade, e efeito clínico contrário — quem é rotulado como "risco de evasão" tende a ser tratado como suspeito e a se retirar. Alternativa: quadro de gestão sem nomes (fluxo de vagas, pendências de exames, prazos de PIA); discussão de risco em reunião técnica com registro em prontuário; comunicação à família restrita ao que a pessoa autorizou; e critérios clínicos explícitos para "risco", com conduta associada — não com cor.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Registrar opinião como fato	Rótulo persegue a pessoa	Descrever comportamento observável
"Não aderente" como diagnóstico	Fecha o caso e a investigação	Dado + hipótese + conduta

Erro	O que acontece	Correção
Quadro com nomes e cores	Exposição e estigma	Gestão sem nomes; risco em prontuário
Repassar tudo à família	Quebra de confiança	Consentimento e necessidade
Grupo de mensagens com dados clínicos	Vazamento	Canal institucional
Sigilo absoluto prometido	Promessa impossível	Explicar limites desde o início
Não registrar o que foi compartilhado	Impossível prestar contas	Registrar decisão e conteúdo
Apagar registro antigo	Perda de histórico	Correção com data, sem apagar

SÍNTESE

O registro serve à continuidade, à memória técnica, à proteção e à prestação de contas — e se escreve com fatos, contexto, dado, decisão. Linguagem profissional descreve comportamento, não caráter. O sigilo protege a informação clínica e é condição do cuidado; circula na equipe pelo critério de necessidade de saber e tem limites claros: risco à vida, proteção de crianças e adolescentes, determinação judicial, rede de cuidado e supervisão — sempre com informação à pessoa quando possível, mínimo necessário e registro. Família participa do cuidado, não é dona da informação. E a LGPD se aplica ao prontuário: finalidade, acesso restrito, comunicação segura, retenção e direitos da pessoa.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Reescreva três frases estigmatizantes de um prontuário fictício em linguagem profissional, mantendo a informação clínica.
Resposta comentada: avalia-se a troca de julgamento por descrição observável, com contexto e consequência. Exemplo: "manipulador" → "solicita mudanças de regra com frequência; aceita bem quando recebe explicação por escrito"; "família omissa" → "família com contato esporádico; irmã é a única pessoa que responde às tentativas de contato".

2. Escreva o que você diria a uma pessoa, na primeira sessão, sobre os limites do sigilo.
Resposta comentada: deve conter: o que fica entre vocês; que a equipe de cuidado compartilha o necessário; que situações de risco à vida, violência contra criança ou adolescente e determinação judicial podem exigir compartilhamento; que, sempre que possível, ela será informada antes; e que pode perguntar a qualquer momento o que está registrado.

3. Um familiar liga pedindo detalhes do atendimento do usuário. Descreva a conduta e o registro. Resposta comentada: verificar o que a pessoa autorizou; informar ao familiar o que é possível dentro do consentimento; oferecer orientação prática sem conteúdo clínico; registrar data, quem ligou, o que foi informado e o que foi negado, com o motivo. Se não houver autorização, informar que não é possível e oferecer atendimento ao próprio familiar.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um profissional registra no prontuário: "usuário manipulador, resistente ao tratamento, família desestruturada". O problema central desse registro é:

a) o registro é longo demais para um prontuário.
b) faltam dados objetivos: o texto registra julgamentos sobre caráter e família, que não orientam conduta e podem estigmatizar a pessoa por anos.
c) o problema é apenas de gramática e padronização.
d) o registro é adequado, porque resume a impressão clínica do profissional.

Gabarito: b.
Rótulo não é dado. (a) trata forma, não conteúdo. © ignora o efeito do estigma. (d) confunde impressão subjetiva com registro clínico — e a impressão, sem fato, não pode ser contestada nem usada.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, três providências resolvem a maior parte das questões: registrar de forma objetiva e breve; explicar os limites do sigilo no início, por escrito, quando possível; e guardar prontuário com acesso restrito, com prazo de guarda conforme a norma da sua profissão. Ao atender casais ou famílias, deixe claro desde a primeira sessão o que é confidencial de cada atendimento individual e o que circula no atendimento conjunto. E, ao receber pedido de informação de escola, empresa ou justiça, responda apenas o que foi solicitado, no limite da sua competência, com registro do que foi enviado.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 001/2009**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos.
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.

08

Oficina autoinstrucional: elaboração integral de um PTS

6 HORAS · 6 UNIDADES

Oficina prática sobre o caso Rafael Moreira: interpretar, escrever o PTS, comparar com a resolução comentada, aplicar a rubrica e diagnosticar erros em projetos alheios.

UNIDADE 8.1 · 1 H

8.1 O caso completo: Rafael Moreira

Apresentação

Até aqui você estudou o método: avaliar, priorizar, formular objetivos, escrever metas, distribuir responsabilidades, articular rede e reavaliar. O Módulo 8 não traz conteúdo novo: é uma oficina, e ela tem uma regra que organiza tudo: **você escreve antes de ver a resolução comentada**.

Esta unidade entrega o dossiê do caso que acompanhou o curso desde o módulo 1, organizado para ser lido. A intenção não é apenas contar a história de Rafael Moreira: é ensinar você a ler um caso, separando o que a pessoa relata, o que a equipe observou e o que ainda é hipótese — o que permite decidir prioridades sem confundir suposição com dado. Aqui não há prioridades, metas nem plano: eles dependem de uma decisão que ainda é sua.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. explicar a função da oficina e a ordem de trabalho que ela exige;
2. ler um caso separando relato, observação e hipótese;
3. localizar, no dossiê, os dados relevantes de cada dimensão da vida da pessoa;
4. registrar as lacunas de informação que precisam ser investigadas;
5. preparar a leitura do caso para a etapa de interpretação.

Desenvolvimento

A oficina e a regra de ouro

Uma oficina se aprende fazendo. Por isso a sequência é fixa: ler o caso (8.1), interpretar e escolher prioridades (8.2), escrever o PTS no modelo do curso (8.3), comparar sua produção com a resolução comentada e se autoavaliar por rubrica (8.4), diagnosticar erros em projetos alheios (8.5) e fazer a avaliação final (8.6).

A regra de ouro existe porque o contrário é confortável e inútil. Ler a resolução primeiro produz a sensação de que o caso era óbvio, e ela é falsa: o que parece óbvio depois de escrito foi uma decisão difícil antes.

Como ler um caso: relato, observação e hipótese

Todo caso chega misturado. Quem escuta precisa desmontá-lo em três camadas.

Relato é o que a pessoa, a família ou outro serviço diz. Vale como experiência e como versão, não como fato verificado. "Diz que bebe só à noite, para dormir" é relato.

Observação é o que a equipe constatou: mediu, viu, registrou com data. "Perda de peso, pressão alterada, anedonia há cinco meses" são observações.

Hipótese é a explicação provisória que a equipe constrói para investigar. "Provável quadro depressivo não tratado, com uso de álcool como tentativa de dormir" é hipótese — e precisa estar escrita como tal.

Confundir as três produz erros simétricos: transformar relato em diagnóstico (a pessoa diz que bebe para dormir e o prontuário afirma "dependência grave com negação") ou hipótese em fato (a suspeita de depressão vira diagnóstico sem avaliação que a sustente). Há também um cuidado jurídico: dado de saúde é sensível, e a Lei 13.709/2018 (LGPD) exige finalidade, necessidade e consentimento no compartilhamento entre serviços.

O dossiê de Rafael Moreira

Caso fictício, construído para fins didáticos.

Identificação e contexto. Rafael Moreira, 34 anos, homem cis, pedreiro, ensino fundamental incompleto (7º ano). Mora com a mãe, Dona Sônia (61 anos, hipertensa, aposentada), em casa própria na periferia urbana.

História de consumo. Álcool desde os 16 anos, em padrão de binge nos fins de semana. Cocaína inalada desde os 24. Aos 29, após separação e demissão, o uso de cocaína passou a duas ou três vezes por semana e o álcool a quase diário, à noite. Nos últimos oito meses, episódios esporádicos de crack, sempre ligados a fissura intensa e à companhia de amigos de uso. Nega uso de benzodiazepínicos, mas toma "remédio para dormir" emprestado da mãe quando não consegue dormir.

Consequências clínicas, sociais e jurídicas. Duas internações: uma voluntária em 2023, de sete dias, e uma em comunidade terapêutica em 2024, de três meses, encerrada antes do prazo previsto. Perdeu dois empregos formais; hoje faz biscates. Dívida de R$ 4.200 com agiota do bairro, com pressão recente. Perda de peso, hipertensão leve sem acompanhamento regular, insônia. Afastou-se dos amigos que não usam.

Saúde mental e risco. Humor deprimido há cerca de cinco meses, anedonia, desesperança em relação ao futuro, ansiedade em situações sociais. Ideação suicida passiva no último mês: "às vezes penso que seria mais fácil não acordar". Sem plano e sem intenção declarada. Uma tentativa há seis anos, por ingestão de medicamentos, após término de relacionamento. Não está em acompanhamento psicológico nem psiquiátrico.

Família e relações. A mãe é a principal cuidadora, com sobrecarga e cobranças frequentes; a relação é ambivalente, feita de proteção e controle. A irmã, Bruna (28), casada, mora em outro bairro e se afastou há dois anos, depois de um episódio em que Rafael pegou dinheiro em casa. O filho, Davi (9), vive com a ex-companheira, Patrícia, a 90 km; ela condiciona o contato a ele estar "limpo", e Rafael não vê o filho há sete meses. Namoro recente e instável com Jéssica, que usa cocaína socialmente. Como Davi

é criança, o contato não é assunto apenas de adultos: a Lei 8.069/1990 (ECA) garante a ele o direito à convivência familiar.

Rede e recursos. UBS Jardim das Acácias, equipe de saúde da família, a 10 minutos a pé. CAPS AD Vila Nova, a 40 minutos e duas conduções, com acolhimento de segunda a sexta, das 8h às 18h. Grupo de mútua ajuda na igreja São Judas, terças e sábados, 19h30, frequentado por quatro meses em 2024. CRAS Boa Esperança, com qualificação profissional. Comunidade terapêutica Recanto, onde esteve acolhido. Defensoria Pública, núcleo de superendividamento. Sem vínculo atual com nenhum serviço.

Potencialidades. Reconhecido como bom profissional por quem já trabalhou com ele. Quer voltar a trabalhar e retomar o contato com o filho. Tem vínculo afetivo com a mãe, apesar do conflito. Sustentou três meses de abstinência em 2024. Conhece a rede. Diz que aceita "conversar, mas não internar de novo".

Objetivos declarados por ele. Quer parar com cocaína e crack. Sobre o álcool, diz que "é só à noite, para dormir" e não considera problema. Aceita acompanhamento ambulatorial e recusa nova internação. Concorda em falar com a mãe sobre a dívida, mas teme a reação dela e vem adiando a conversa.

O que mudou em 60 dias

Informação revelada no acompanhamento, já apresentada no módulo 7. Aos 60 dias, houve um lapso: Rafael bebeu em uma festa no bairro. Não houve uso de cocaína nem de crack. Ele compareceu ao atendimento seguinte e contou o que aconteceu, sem que a equipe perguntasse.

O dado é descritivo: houve uso de álcool, ausência de cocaína e procura do serviço. O que isso significa para o plano é matéria das unidades seguintes.

O que o caso não diz

Um dossiê honesto termina com a lista do que falta:

- Exames clínicos e avaliação psiquiátrica: não há resultado de exame, laudo ou consulta registrada.
- Situação real da dívida: não se sabe se há prazo, juros, ameaça concreta ou cobrança em andamento.
- Rede de apoio efetiva: quem, além da mãe, responde hoje; a irmã aceitaria retomar contato.
- Relação com Jéssica: o peso dela na rotina de uso e o que Rafael quer dessa relação.
- Capacidade de Dona Sônia de sustentar o cuidado sem adoecer, e o que ela sabe sobre o uso dele.
- Contato com Patrícia e com o filho: quais condições são reais e quais são supostas por Rafael.

Nenhuma dessas lacunas impede começar. Todas impedem concluir.

O que você deve fazer agora

Você tem o dossiê completo; não há dado escondido. O próximo passo é interpretar: transformar estas informações em necessidades, potencialidades e riscos e escolher o que vem primeiro — o que a uni-

dade 8.2 ensina. Antes de seguir, releia o dossiê com uma pergunta única: o que, aqui, ameaça a vida de Rafael nos próximos 30 dias?

EXEMPLO APLICADO

Outro caso, para treinar a leitura em camadas. Antônio, 58 anos, em situação de rua há três anos, uso crônico de álcool, recusa internação. O registro diz: "usuário resistente, sem documentos, tuberculose no passado, não adere".

Relato: "não adere" é conclusão de quem registrou, não fala de Antônio; o que ele diz é que não quer internação. **Observação:** três anos em situação de rua, ausência de documentos, tratamento prévio de tuberculose. **Hipótese:** a recusa pode estar ligada a experiências anteriores de institucionalização, não a desinteresse por cuidado.

As lacunas mudam: não se sabe se a tuberculose foi tratada até o fim, se há sintomas respiratórios atuais, se existe família localizável. Um plano construído sobre "não adere" começa pedindo o que a pessoa não pode dar; sobre lacunas, busca o que ninguém procurou.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma clínica de reabilitação recebe Rafael por encaminhamento da UBS e precisa apresentá-lo em reunião em 48 horas. Sem tempo de conversar com ele, a técnica escreve o resumo com o que ouviu no corredor: "Rafael, 34 anos, dependente de crack e cocaína, sem suporte familiar, dívida de jogo, namorada usuária, resistente a tratamento. Conduta: internação."

Tarefa. Identifique os erros de leitura desse resumo e reescreva-o em poucas linhas.

Resolução comentada. Há três defeitos. Primeiro, invenção: nada no caso indica dívida de jogo, e "sem suporte familiar" contradiz o dado de que a mãe é a principal cuidadora. Segundo, conversão de relato e hipótese em juízo: "dependente", "namorada usuária" e "resistente" são conclusões sobre alguém com quem a técnica não falou — "resistente" descreve a relação da equipe com ele, não o estado dele. Terceiro, conduta proposta antes da avaliação e contrária ao que ele aceita, sem verificação de risco que justificasse outra via.

Reescrita possível: "Rafael, 34, pedreiro, mora com a mãe. Álcool desde os 16, cocaína desde os 24, crack esporádico há oito meses. Duas internações, a última em 2024, encerrada antes do prazo. Dívida de R$ 4.200 com agiota, com pressão recente. Humor deprimido há cinco meses, ideação suicida passiva no último mês. Aceita ambulatório e recusa internação. Lacunas: avaliação psiquiátrica, exames, dívida, rede."

A diferença entre os dois textos é de decisão, não de estilo: o primeiro já decidiu o que a pessoa é; o segundo registra o que se sabe, o que se supõe e o que falta.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Tomar relato como fato	A versão de uma pessoa vira diagnóstico de todas	Registrar a fonte: "segundo ele", "segundo a mãe"
Tratar hipótese como conclusão	Depressão "confirmada" sem avaliação	Escrever a hipótese como hipótese, com o que falta para testá-la
Resumir o caso como lista de defeitos	A pessoa desaparece atrás dos problemas	Incluir potencialidades e o que ela quer
Ler só a substância	Suicídio, dívida e violência ficam invisíveis	Ler por dimensões, não por substância

SÍNTESE

A oficina exige que você escreva antes de ver a resolução. O caso de Rafael Moreira foi apresentado em blocos — identificação, consumo, consequências, saúde mental e risco, família, rede, potencialidades e objetivos declarados —, e do lapso com álcool aos 60 dias, sem cocaína e relatado por ele. Ler um caso é separar relato, observação e hipótese e terminar com a lista do que falta: exames, avaliação psiquiátrica, dívida real, rede efetiva, relação com Jéssica, contato com o filho. Sem essa separação, o plano nasce de suposições.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Retire do dossiê um relato, uma observação e uma hipótese e escreva cada um como apareceria em prontuário.
Resposta comentada: relato — "refere que bebe apenas à noite, para conseguir dormir"; observação — "perda de peso visível, sono de poucas horas, hipertensão sem acompanhamento"; hipótese — "uso de álcool possivelmente relacionado a insônia e quadro depressivo não tratado, a investigar". A hipótese precisa estar escrita como hipótese, com a fonte de cada item.

2. Por que a dívida com agiota precisa constar de um dossiê clínico, se não é questão médica?
Resposta comentada: porque a dependência química é biopsicossocial e ameaça concreta altera risco, sono, fissura e decisão. A dívida entra como fator de risco à segurança, não como falha moral, e exige resposta intersetorial — orientação jurídica e serviço social.

3. Escolha três lacunas do caso e diga, para cada uma, que ação investigaria e quem poderia executá-la.
Resposta comentada: exemplo — avaliação psiquiátrica: consulta no CAPS AD, pelo psiquiatra do serviço; exames clínicos: consulta na UBS, pela equipe de saúde da família; dívida: atendimento no

núcleo de superendividamento da Defensoria, com apoio do serviço social. Lacuna registrada sem ação é apenas uma frase.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um profissional registra em prontuário, após ler o dossiê: "paciente manipulador, nega a gravidade do alcoolismo e usa o filho para justificar o próprio sofrimento". Do ponto de vista da leitura de caso que sustenta um PTS, essa anotação:

a) é adequada, porque registra a impressão clínica do profissional sobre a postura do paciente diante da doença.
b) é inadequada, porque troca relato e barreira concreta por adjetivos sobre o caráter da pessoa atendida.
c) é parcialmente adequada, pois descreve o comportamento observado, mas omite o uso de cocaína e crack.
d) é adequada, porque a negação do álcool é um dado clínico e deve ser nomeada com clareza no registro.
Gabarito: b.
A anotação substitui dado por julgamento: "manipulador" não é observação, e a condição imposta por Patrícia é barreira real, não desculpa. (a) e (d) confundem registro clínico com opinião sobre caráter e tratam a negação como traço pessoal, não como objeto de negociação. © reconhece o problema e o absolve em seguida, ao chamar de "comportamento observado" o que é adjetivo.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, o dossiê costuma ser menor e mais disperso: algumas falas, a impressão da sessão, o que a família contou por telefone. Duas providências resolvem boa parte do problema. A primeira é escrever as notas em duas colunas — "o que ele relatou" e "o que eu observei" —, porque a memória do terapeuta funde as duas. A segunda é manter, no fim de cada registro, uma linha de lacunas abertas, para que a hipótese da terceira sessão não vire, sem perceber, o diagnóstico do terceiro mês.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.

UNIDADE 8.2 · 1 H

8.2 Interpretar o caso: necessidades, potencialidades e prioridades

Apresentação

Ter o dossiê completo não é ter um plano. O erro mais comum nos serviços é copiar o histórico para o prontuário e, na linha seguinte, listar encaminhamentos genéricos. Entre uma coisa e outra falta a etapa mais difícil do raciocínio clínico: a interpretação.

Interpretar é transformar história em necessidades, separar o risco que mata nesta semana do dano que corrói há dez anos e decidir o que vem primeiro — assumindo que o serviço não resolve tudo.

A unidade ensina a organizar essa leitura em seis colunas, a distinguir necessidade, demanda e desejo, a escolher até três prioridades e a registrar sem rotular. No fim, você encontra a instrução para escrever a sua interpretação antes de abrir a resolução.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. organizar a interpretação de um caso em seis colunas de leitura;
2. distinguir necessidade, demanda e desejo;
3. separar risco imediato de risco acumulado;
4. escolher até três prioridades e justificar o que ficou de fora;
5. registrar a interpretação em linguagem técnica, sem estigma.

Desenvolvimento

As seis colunas da interpretação

Organize a leitura em seis blocos, que evitam dois vícios: ver só o problema e ver só o que o serviço oferece.

Necessidades: o que falta para a pessoa sustentar a vida e o cuidado — saúde, sono, moradia, renda, documentação, vínculos.

Potencialidades: o que já existe e pode ancorar a mudança — trabalho reconhecido, desejo declarado, vínculo familiar, abstinência anterior, conhecimento da rede.

Vulnerabilidades e riscos: o que ameaça a vida, a integridade ou a continuidade do cuidado.

Demandas de avaliação especializada: o que a equipe não sabe e outro profissional precisa responder antes da decisão.

Objetivos possíveis: aonde a pessoa e a equipe concordam que é possível chegar neste ciclo.

Recursos necessários: o que a rede precisa oferecer para tornar esses objetivos alcançáveis.

Tabela-roteiro para o caso de Rafael

Use esta tabela na sua leitura. As células da direita ficam em branco: o preenchimento é seu, e será comparado com a resolução.

Coluna	Pergunta que orienta	Rafael Moreira
Necessidades	O que falta para viver e se cuidar?	
Potencialidades	O que já funciona e pode ancorar o plano?	
Vulnerabilidades e riscos	O que ameaça a vida ou o cuidado?	
Demandas de avaliação	O que ainda não sabemos?	
Objetivos possíveis	Aonde é possível chegar neste ciclo?	
Recursos necessários	O que a rede precisa oferecer?	

Necessidade, demanda e desejo

Os três termos não são sinônimos, e trocá-los desloca o plano.

Desejo é o que a pessoa quer. Rafael quer voltar a ver o filho. Juliana, 22 anos, quer reduzir o uso de cannabis, não parar.

Demanda é o que alguém pede ao serviço. A mãe pede internação; Patrícia pede que ele esteja "limpo" antes de receber o filho; a escola pede que Lucas volte a frequentar as aulas.

Necessidade é o que a avaliação identifica como condição de saúde e de vida, mesmo sem ter sido pedido. Ninguém procura o serviço pedindo avaliação de risco; ainda assim, ela pode ser o que há de mais urgente.

Um PTS escuta o desejo, acolhe a demanda e trabalha com a necessidade. Quando a demanda ocupa o lugar da necessidade, o plano passa a servir a quem pediu, e não a quem é cuidado.

Risco imediato e risco acumulado

Em dependência química, tudo parece urgente. Se tudo for urgente, nada é prioridade.

Risco acumulado produz dano ao longo do tempo: anos de uso, hipertensão sem controle, afastamento da família. Precisa de cuidado, mas raramente mata nesta semana.

Risco imediato ameaça agora: ideação suicida recente, abstinência com risco clínico, ameaça de violência, desnutrição, ausência de moradia em noite fria.

A regra é simples: o risco imediato organiza a agenda. Nenhuma meta de trabalho ou de vínculo familiar se sustenta se a pessoa não estiver viva e protegida. Isso não significa abandonar o resto: significa ordenar.

Escolher até três prioridades

Se o plano tiver oito prioridades, a equipe se dispersa e a pessoa se sente fracassada. Três é o limite.

Três critérios sustentam a escolha:

Gravidade e risco à vida. O que pode matar ou causar dano irreversível neste ciclo.

Capacidade de ancoragem. O que, estabilizado, facilita o enfrentamento do resto — documentação que destrava benefício, sono que devolve capacidade de decidir.

Engajamento. O que a pessoa quer resolver agora e pode gerar aliança, mesmo que não seja a prioridade clínica da equipe.

Escolher exige registrar o que ficou de fora e por quê. "Retomada do contato com o filho fica para o segundo ciclo, porque depende de estabilidade que ainda não existe" é decisão clínica documentada. Sem essa frase, a equipe parece ter esquecido o que a pessoa mais valoriza — e ela percebe.

Dois erros de priorização

Transformar encaminhamento em prioridade. "Prioridade: encaminhar ao CAPS AD" não é prioridade clínica; é uma ação da equipe. A prioridade é a necessidade ou o risco que o encaminhamento tenta responder — por exemplo, avaliar risco e tratar quadro depressivo. Escrito como encaminhamento, o plano mede a diligência do serviço, não a mudança na vida da pessoa.

Priorizar o que a equipe gosta de fazer. Se a comunidade terapêutica tem uma oficina de artesanato bem conduzida, todos os projetos passam a ter "socialização pela arte" como prioridade — inclusive o de quem dorme na rua. O plano se molda ao cardápio do serviço, e a necessidade real espera. A correção é desconfortável: para cada prioridade, escreva a necessidade que ela responde. Se não houver, a prioridade é da equipe.

Registrar sem rotular

A interpretação define como os próximos profissionais vão tratar a pessoa. Registro moral se propaga.

Em vez de	Escreva
"Manipulador, mente para a família"	"Relata versões diferentes sobre o uso à mãe e à equipe; a divergência precisa ser nomeada com ele"
"Não tem força de vontade"	"Abandona metas quando o prazo se aproxima; investigar barreira e tamanho da meta"
"Resistente ao tratamento"	"Recusa internação e aceita acompanhamento ambulatorial"

Em vez de	Escreva
"Usuária que o influencia"	"Namorada, também usuária; o peso da relação na rotina de uso ainda não foi avaliado"
"Sem suporte familiar"	"Mora com a mãe, que é a principal cuidadora e apresenta sinais de sobrecarga"

A regra: descreva comportamento observável e condição concreta, não caráter. E faça o teste final — o documento poderia ser lido pela pessoa atendida sem constrangimento?

Antes de seguir

Chegou a hora de produzir. Numa página, escreva a sua interpretação do caso de Rafael, com os dados da unidade 8.1:

1. preencha as seis colunas da tabela-roteiro;
2. escolha **até três prioridades** para o primeiro ciclo;
3. justifique cada uma pelo critério que usou — gravidade, ancoragem ou engajamento;
4. registre pelo menos duas coisas que ficaram de fora e o motivo.

Não abra a unidade 8.4 antes de terminar. A resolução é uma leitura possível, não um gabarito único; se você a ler antes de decidir, não saberá se a sua decisão era defensável. Guarde a página: ela será comparada, critério por critério, com a resolução e com a rubrica.

EXEMPLO APLICADO

Cláudia, 41 anos, uso de benzodiazepínicos prescritos há seis anos, iniciado por insuficiência de sono, com prescrição mantida sem reavaliação. Quer parar porque se sente letárgica, mas teme não dormir.

Necessidades: revisão da prescrição, cuidado do sono, manejo da ansiedade sem medicação. **Potencialidades:** reconhece o efeito adverso, quer mudar, tem vínculo de trabalho estável. **Riscos:** retirada abrupta por conta própria; isolamento crescente. **Demandas de avaliação:** avaliação do prescritor e do quadro de ansiedade. **Objetivos possíveis:** retirada gradual conduzida pelo prescritor; rotina de sono. **Recursos:** médico prescritor, psicólogo, farmácia da UBS.

Prioridades escolhidas: (1) avaliação com o prescritor, porque a retirada sem supervisão é o risco imediato; (2) plano de sono e manejo da ansiedade, que ancora o resto. **Ficou de fora:** história de vida e conflitos familiares — importantes, mas não é o que este ciclo exige. Note o que não foi feito: "encaminhar ao psiquiatra" não virou prioridade; prioridade é o risco e a necessidade, não o encaminhamento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Reunião de equipe em um CAPS AD. Lucas, 16 anos, uso de maconha e "lança-perfume" em festas, escolarização irregular, mãe desconfiada do serviço. O técnico propõe quatro prioridades: abstinência imediata; retorno à escola na segunda-feira; avaliação psiquiátrica com vista a internação; orientação à mãe para impor limites severos.

Tarefa. Avalie a proposta e reescreva-a.

Resolução comentada. Há quatro problemas. Primeiro, o número: quatro prioridades diluem o foco. Segundo, a hierarquia: a abstinência aparece como condição de entrada, e não como objetivo negociado — com adolescente, negociação do objetivo e redução de danos são o caminho realista. Terceiro, a proporção: internação para uso episódico de cannabis, sem avaliação que a sustente, contraria o princípio de cuidado menos invasivo da Lei 10.216/2001 e ignora que, pelo ECA (Lei 8.069/1990), o adolescente é sujeito de proteção integral e tem direito a ser ouvido. Quarto, a direção: "orientar a mãe a impor limites" trata a família como executora de decisão técnica, e a desconfiança dela é dado a trabalhar, não obstáculo a vencer.

Reescrita possível: (1) construir vínculo com Lucas e com a mãe, em escuta separada e conjunta; (2) avaliar padrão de uso, contexto e riscos associados; (3) articular com a escola uma via de retorno possível, com prazo realista e responsável nomeado. Ficam de fora, com justificativa registrada, a abstinência como meta inicial e a internação. Nada disso promete resultado; apenas ordena o começo.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Listar oito prioridades	Ninguém sabe o que fazer primeiro	Limitar a três e registrar o resto
Escrever encaminhamento como prioridade	O plano mede a diligência do serviço	Nomear a necessidade ou o risco a enfrentar
Priorizar o que a equipe sabe fazer	O plano reflete o cardápio da casa	Verificar a necessidade correspondente
Confundir demanda com necessidade	O plano serve a quem pediu	Escutar a demanda, trabalhar a necessidade
Adiar o risco imediato	O dano acontece durante a discussão	Risco à vida organiza a agenda
Registrar rótulo no lugar de dado	Estigma se propaga entre profissionais	Descrever comportamento e condição

SÍNTESE

Interpretar é a passagem entre o dossiê e o plano. Organiza-se em seis colunas — necessidades, potencialidades, vulnerabilidades e riscos, demandas de avaliação, objetivos possíveis e recursos —, e exige distinguir desejo, demanda e necessidade. O risco imediato vem antes do acumulado, porque nenhuma meta sobrevive a um desfecho grave. Escolhem-se até três prioridades, com critério explícito e registro do que ficou de fora. Encaminhamento não é prioridade, e o gosto da equipe não é critério clínico. Tudo se registra sem rótulo, com comportamento observável e condição concreta.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escreva uma necessidade, uma demanda e um desejo do caso de Rafael, indicando de quem parte cada um.
Resposta comentada: desejo — ele quer parar com cocaína e voltar a ver o filho; demanda — a mãe pede internação, Patrícia pede que ele esteja "limpo"; necessidade — o que ninguém pediu e a avaliação aponta: avaliar risco, investigar o quadro depressivo, tratar hipertensão e insônia, dar destino seguro à dívida. Verifica-se a origem de cada enunciado.

2. Dê um exemplo de risco imediato e outro de risco acumulado no caso de Rafael, e explique por que eles não competem.
Resposta comentada: imediato — ideação suicida passiva no último mês, com tentativa prévia e sem acompanhamento; acumulado — hipertensão leve sem controle e anos de uso de álcool. Não competem: o imediato define a ordem; o acumulado, a continuidade — tratar o risco agora permite cuidar do resto.

3. Reescreva sem estigma: "paciente sem adesão, resistente, que só quer saber de usar e não valoriza o tratamento".
Resposta comentada: "Compareceu a dois dos cinco atendimentos agendados. Recusa internação e aceita acompanhamento ambulatorial. O padrão de uso organiza a rotina; a proposta precisa ser negociada a partir do que ele reconhece como problema." A reescrita troca adjetivo por dado e julgamento por hipótese de trabalho.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Uma equipe registra como primeira prioridade do PTS: "encaminhar a pessoa ao CAPS AD em até 15 dias". Do ponto de vista técnico, o problema dessa formulação é que:

a) encaminhamentos não podem constar de um PTS, cujo conteúdo se limita ao que a pessoa se compromete a fazer.
b) o encaminhamento é ação da equipe, e a prioridade deve nomear a necessidade ou o risco a enfrentar.
c) quinze dias é prazo longo para qualquer encaminhamento em situação de risco, que exige conta-

to no mesmo dia.
d) a prioridade deveria ser escrita em termos de abstinência, que é o objetivo final de todo acompanhamento na área.
Gabarito: b.
Prioridade descreve o que precisa mudar na vida da pessoa; o encaminhamento é meio, e escrito como fim mede a diligência do serviço. (a) erra ao excluir ações da equipe do documento. © transforma uma regra de prazo em regra geral, sem avaliar o risco concreto. (d) troca um erro de formulação por outro: objetivo não se decreta, se negocia.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório e na clínica de reabilitação, a pressão por resolver tudo costuma vir de quem paga as sessões: a família chega com a demanda pronta — parar de usar hoje, voltar a estudar na semana que vem. Seu trabalho é modular a expectativa sem descartá-la: mapear risco imediato nos primeiros encontros, nomear duas prioridades com o paciente e dizer em voz alta o que fica para depois e por quê. "A faculdade é objetivo para o próximo semestre; neste mês, o foco é sono, segurança e uma conversa franca sobre as madrugadas" — essa frase faz mais pelo vínculo do que um plano à revelia.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.

UNIDADE 8.3 · 1 H

8.3 Construir o documento: o modelo do EducaDQ, bloco por bloco

Apresentação

Na unidade anterior você leu o caso de Rafael Moreira e decidiu o que vem primeiro. Decidir não é entregar: entre a prioridade e o documento que outra profissional consegue executar na terça-feira há um trabalho de escrita que ninguém faz por você.

A unidade apresenta o modelo bloco por bloco — exigência, erro típico e exemplo com outros casos, nunca com Rafael — e o que fazer quando a pessoa discorda.

Esta unidade não mostra o PTS de Rafael. Ela ensina o método; o resultado é você quem produz. Abrir a 8.4 antes de escrever encerra a oficina.

> **OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**
>
> Ao final desta unidade, você será capaz de:
> 1. preencher os onze blocos do modelo com o que cada um exige;
> 2. separar, no registro, relato, observação e hipótese;
> 3. formular metas com verbo observável, prazo, indicador e responsável;
> 4. atribuir responsabilidades nominais e descrever a rede com contato e periodicidade;
> 5. redigir contingência com passos concretos e marcar a reavaliação no ato da construção.

Desenvolvimento

O documento que se escreve para ser usado

O PTS tem onze blocos e cabe em três a seis páginas. Cada bloco existe para mudar uma decisão: se não altera o que se faz, quem faz ou quando se revê, ocupa espaço. O teste: quem nunca viu o caso lê e sabe o que fazer nesta semana, com quem e até quando.

Bloco 1 — Identificação

Exige nome ou iniciais, idade, serviço e equipe de referência, data e quem participou da construção, com o modo. **Erro:** assinaturas sem dizer quem construiu o quê. **Exemplo (Cláudia):** "duas sessões com ela; o marido participou de 20 minutos do segundo encontro, com consentimento."

Bloco 2 — História e situação atual

Exige marcos, não biografia — início do uso, tentativas, perdas, vínculo, trabalho, moradia, questão legal —, com cada frase marcada como relato (R), observação (O) ou hipótese (H). **Erro:** hipótese escrita como fato. **Exemplo (Lucas):** "primeiro contato aos 14, em festas (R); repetiu de ano duas vezes (O); H: o uso ocorre em grupo, não isolado."

Bloco 3 — Diagnóstico situacional

Exige de três a seis frases sobre por que o problema existe agora: situação, fatores que o sustentam, recursos, risco imediato e hipóteses testáveis. **Erro:** rótulo no lugar de leitura ("dependente químico, sem crítica"). **Exemplo (Antônio):** "na rua há três anos, uso crônico de álcool, sem documentos; o álcool organiza o dia e sustenta vínculo na praça (H, a testar). Risco: agravamento clínico sem acompanhamento."

Bloco 4 — Prioridades acordadas

Exige até três prioridades, com o critério usado (risco à vida, urgência, gravidade, motivação, factibilidade), quem as reconhece e o que fica fora. **Erro:** dez prioridades — nenhuma — e prioridade da equipe registrada como acordo. **Exemplo (Juliana):** "uso de cannabis em período de provas (risco acadêmico e motivação dela); fora deste ciclo: abstinência, que ela não quer."

Bloco 5 — Objetivo terapêutico

Exige a direção do cuidado na linguagem da pessoa, distinta da meta (medida) e da intervenção (ação), com registro de quem formulou e da concordância. **Erro:** objetivo escrito como tarefa do serviço ("encaminhar ao CAPS AD") ou como condição imposta. **Exemplo (Juliana):** "reduzir o uso nos períodos de prova, preservando sono e aulas" — redução de danos como estratégia, não como objetivo concorrente.

Bloco 6 — Metas

Exige verbo observável, quantidade, prazo, indicador e quem verifica, escalonados em curto, médio e longo prazo. **Erro:** "melhorar a autoestima" e a meta que depende de vaga de terceiro, cobrada da pessoa. **Exemplo (Antônio):** "retirar a segunda via do documento em 45 dias (indicador: documento em mãos); dormir em abrigo em 20 das 30 noites (registro do abrigo)."

Bloco 7 — Intervenções

Exige o que será feito, a que necessidade responde, como, com que frequência, recurso e resultado esperado; cada meta precisa de intervenção capaz de produzi-la. **Erro:** rotina da casa como intervenção e oficina de artesanato para quem está em abstinência com tremor e insônia, sem avaliação clínica. **Exemplo (Cláudia):** "articulação com o prescritor para reavaliar a dose — responde ao risco de abstinência; retorno em 15 dias; médica da UBS."

Bloco 8 — Responsabilidades

Exige nome ou função de quem executa cada ação, com prazo, verificação e substituto; responsabilidade pressupõe poder real de executar. **Erro:** "responsável: equipe" em cinco linhas. **Exemplo (Lucas):** "mãe: acompanhar às consultas (é a responsável legal); escola: informar faltas em 48 horas; serviço: acionar o Conselho Tutelar se houver risco."

Bloco 9 — Rede

Exige serviço, papel, contato utilizável, periodicidade, e quem encaminha, quem recebe e como se dará a contrarreferência. **Erro:** "rede acionada", "encaminhado ao CAPS". **Exemplo (Antônio):** "UBS: aferição, enfermeira de referência, ramal e horário, semanal; CAPS AD: acompanhamento, técnico, quinzenal; CRAS: documentação, telefone institucional, sob demanda."

Bloco 10 — Plano de contingência

Exige resposta escrita para fissura, lapso, recaída, crise clínica, risco de suicídio e violência: passos numerados, contato acessível, critério de acionamento e o que **não** se faz. **Erro:** "em caso de recaída, retomar o tratamento" — verdadeiro, inútil e transfere a iniciativa a quem está em crise. **Exemplo (Juliana):** "fissura: sair do ambiente de uso, ligar para a irmã ou o serviço até 19h, caminhar 20 minutos; fora do horário, mensagem com retorno em 12 horas."

Bloco 11 — Reavaliação

Exige data marcada na construção, participantes, indicadores de processo (o que a equipe fez) e de resultado (o que mudou), e o critério: manter, ajustar, intensificar ou transitar. **Erro:** "reavaliar periodicamente", que na prática significa nunca. **Exemplo (Cláudia):** "em 45 dias, com ela e a médica da UBS; processo: consultas e redução supervisionada; resultado: sono, faltas, dose."

A disciplina de escrita

Oito regras resolvem a maior parte dos problemas.

Separe relato, observação e hipótese. "Diz que dorme mal" (R); "faltou a três consultas" (O); "a insônia mantém o uso" (H).

Limite as prioridades a três. Quem escreve dez listou a situação inteira.

Meta tem verbo observável, prazo e indicador. "Duas conversas mediadas com a irmã em 60 dias" é verificável.

Cada intervenção responde a uma necessidade. Meta sem intervenção é desejo.

Responsável nominal. "A equipe" não é responsável por nada: nome ou função, com prazo.

Rede com contato e periodicidade. Serviço, papel, telefone utilizável, frequência.

Contingência com passos concretos. O que a pessoa faz primeiro, a quem liga, o que a equipe faz.

Data de reavaliação no ato da construção. Com participantes e critério de decisão.

O modelo em uma tabela

Bloco	O que escrever	Como saber que está bom
1. Identificação	quem, onde, quem construiu	há registro do acordo
2. História	marcos com R, O e H	explica o presente em uma página
3. Diagnóstico situacional	leitura com hipóteses testáveis	toda hipótese é testável
4. Prioridades	até três, com critério e exclusões	há risco endereçado
5. Objetivo	direção na linguagem da pessoa	a pessoa reconhece a frase
6. Metas	verbo, quantidade, prazo, indicador	dá para dizer se cumpriu
7. Intervenções	o que, por que, como, frequência, recurso	nenhuma ação sem necessidade
8. Responsabilidades	nome ou função, prazo, verificação	nenhuma linha diz "equipe"
9. Rede	serviço, papel, contato, periodicidade	dá para ligar hoje
10. Contingência	passos, contatos, acionamento	alguém em crise consegue seguir
11. Reavaliação	data, participantes, indicadores, critério	a data existe antes de começar

Quando a pessoa não concorda com uma prioridade

Não é falha de condução: é informação clínica.

Registre a divergência. "A equipe considera prioritário X; Juliana não reconhece X e aponta Y." Sem isso, a decisão da equipe circula como acordo.

Distinga risco à vida de discordância legítima. Em risco iminente, a prioridade clínica se sobrepõe à vontade, com registro. Fora disso, discordar é direito.

Entre pela porta que ela abre e combine prazo. Se quer voltar a trabalhar, esse é o caminho para tratar o que ainda não nomeia; "voltamos a isso na reavaliação" transforma impasse em etapa.

Não use o documento como argumento de autoridade. "Está no seu PTS" ensina a pessoa a não discordar.

Antes de seguir

Retome o caso de Rafael e as prioridades da 8.2; escreva o PTS completo nos onze blocos, de três a seis páginas, com metas, responsáveis, rede, contingência e data de reavaliação; confira cada bloco

pela tabela; salve com data e versão. **Só então abra a unidade 8.4.** Se já a leu antes de escrever, escreva mesmo assim e registre isso na autoavaliação.

EXEMPLO APLICADO

Três blocos na versão que não funciona e na que funciona.

Não funciona. "Paciente dependente químico, sem crítica. Prioridade: conscientização. Meta: aderir ao tratamento. Intervenções: grupo e encaminhamento. Responsável: equipe. Reavaliação: periodicamente."

Funciona — mesma pessoa, mesmo serviço. "Homem de 45 anos, três semanas de acompanhamento por uso de álcool, hipertensão sem controle. Prioridade 1: risco clínico do uso associado à hipertensão (critério: risco à vida; reconhecida por ele). Fora deste ciclo: redução do uso como meta principal, porque ele ainda não a reconhece. Meta: aferir a pressão em 4 de 4 consultas agendadas em 30 dias (responsável: ele e a enfermeira). Intervenção: consulta mensal com a enfermeira — responde ao risco clínico e constrói vínculo para tratar o uso depois."

A diferença é de decisão, não de adjetivos.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um PTS chega para revisão com este conjunto: "Objetivo: conscientizar sobre os malefícios da droga. Metas: melhorar a autoestima; aderir ao tratamento; frequentar o grupo. Intervenções: grupo, orientação familiar e encaminhamento ao CAPS. Responsável: equipe. Reavaliação: periodicamente."

Tarefa. Aponte os defeitos e reescreva três campos — uma prioridade, uma meta e uma responsabilidade — indicando o que não é possível corrigir sem voltar à avaliação.

Resolução comentada. Os defeitos são de estrutura, não de redação. O objetivo é tarefa do serviço, escrito sem a pessoa; não há prioridade, e o documento fica sem direção; as metas não têm verbo observável, prazo nem indicador, e "aderir ao tratamento" mede a pessoa por um comportamento que depende do serviço; "responsável: equipe" dilui a execução. Reescrevendo: prioridade — "risco clínico associado ao uso, com hipertensão sem controle (critério: risco à vida)"; meta — "comparecer a 3 de 4 atendimentos agendados em 30 dias (indicador: registro de presença)"; responsabilidade — "técnica de referência: agendar avaliação clínica na UBS em até 10 dias". O que não se corrige no documento é a prioridade verdadeira: ela exige saber o que a pessoa quer e qual é o risco atual. Sem isso, a reescrita é literária — e um PTS bem escrito sobre avaliação que não foi feita parece confiável.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Dez prioridades	Nenhuma direção	Até três, com o que fica fora
Meta sem indicador	Não se sabe se funcionou	Verbo, prazo e fonte
Intervenção fora da necessidade	A pessoa recebe o que o serviço tem	Ação ligada a uma necessidade
"Responsável: equipe"	Ninguém executa	Nome ou função, com prazo
Rede sem contato	Encaminhamento se perde	Serviço, contato, periodicidade

SÍNTESE

Onze blocos, três a seis páginas, cada bloco mudando uma decisão: identificação, história com marcos e R/O/H, diagnóstico com hipóteses testáveis, até três prioridades com o que fica fora, objetivo na linguagem da pessoa, metas com verbo, prazo e indicador, intervenções ligadas a necessidades, responsabilidades nominais, rede com contato, contingência com passos, reavaliação com data marcada. Diante de discordância, registra-se a divergência e combina-se prazo. O documento só vale depois de escrito.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Escolha um caso do seu serviço, anonimize os dados e escreva os blocos 1 a 3 do modelo, marcando R, O e H.
Resposta comentada: avalia-se a separação das fontes e ao menos uma hipótese testável. Bloco 1 bom nomeia quem participou; bloco 2 bom tem quatro ou cinco marcos, não biografia; bloco 3 bom diz o que confirmaria cada hipótese.

2. Pegue uma meta do seu rascunho e reescreva-a em três versões: com verbo observável, com indicador e com prazo. Depois junte as três em uma frase.
Resposta comentada: de "cuidar da saúde" para "comparecer a 5 de 6 consultas agendadas em 60 dias, com registro no prontuário". Meta não se escreve de uma vez: decompõe-se em verbo, indicador e prazo, e depois se condensa.

3. Escreva o plano de contingência para crise suicida em cinco linhas, com passos, contatos e o que não se faz.
Resposta comentada: sinais de alerta reconhecidos com a pessoa; não ficar sozinha; contatos (CVV 188, 24 horas; SAMU 192; CAPS AD; uma pessoa escolhida por ela); o que a equipe faz ao ser

acionada e em quanto tempo; e o que não se faz — não prometer sigilo absoluto, não tratar o relato como manipulação, não retirar a pessoa do serviço.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. A meta que atende aos critérios do modelo é:

a) Melhorar a qualidade do sono e reduzir a ansiedade no período noturno.
b) Aumentar a frequência das visitas à casa da mãe no próximo trimestre.
c) Dormir quatro noites por semana na casa da mãe, com registro, em 30 dias.
d) Aceitar o acompanhamento proposto e manter as consultas e os exames em dia.

Gabarito: c.
Tem verbo observável (dormir), quantidade (quatro noites por semana), prazo (30 dias) e indicador (registro). (a) e (b) descrevem direção sem medida verificável. (d) mede a aceitação de uma proposta do serviço, não uma mudança na vida da pessoa.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório o documento pode ter duas páginas e continua tendo os onze blocos — mais curtos, não ausentes. Escreva na sessão, com a pessoa, e leia em voz alta o que registrou; guarde versão e data, porque a comparação entre versões é o melhor registro de evolução que você terá; e mantenha documentos separados quando atende um familiar. O bloco que mais falta é a contingência — o que a pessoa vai procurar às duas da manhã.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

UNIDADE 8.4 · 1 H

8.4 Comparar e se autoavaliar: a resolução comentada e a rubrica

Apresentação

Se você chegou aqui sem ter escrito o seu próprio PTS de Rafael, volte às unidades 8.2 e 8.3. Esta é a única unidade que mostra a resolução, e lê-la antes de escrever encerra a oficina: você perde a chance de decidir sozinho.

Quem escreveu encontra a resolução do caso, bloco por bloco, com o comentário de cada decisão e a alternativa errada mais comum; depois, a rubrica de sete critérios, o que cada nota significa e como registrar o resultado.

Esta é **uma** resolução possível, feita com os recursos daquela rede fictícia. Divergir com justificativa não é erro; lacuna é. Compare decisões, não frases: o que você escreveu, o que a resolução decidiu e por quê.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. comparar seu PTS com uma resolução de referência, bloco por bloco;
2. reconhecer a justificativa das decisões centrais e a alternativa errada;
3. aplicar a rubrica de sete critérios com honestidade;
4. identificar, a partir de cada nota, o bloco que precisa ser revisto;
5. registrar sua pontuação e seu plano de revisão na plataforma.

Desenvolvimento

As três prioridades, e o que ficou de fora

1. Risco de suicídio e quadro depressivo. Ideação passiva recente, tentativa prévia, desesperança, insônia, uso e isolamento. Organiza as outras: nenhuma meta de trabalho ou de família se sustenta sem a pessoa viva e estabilizada. Ação imediata: avaliação de risco no mesmo contato, plano de segurança escrito e avaliação psiquiátrica em prazo curto. Errada comum: tomar o encaminhamento à psiquiatria como prioridade resolvida.

2. Risco associado à dívida com agiota. R$ 4.200, pressão recente, território pequeno: questão social e de segurança, não falha moral. Ação: orientação jurídica na Defensoria, registro do risco de violência, combinado para o caso de ameaça. Errada comum: tratar como assunto privado da família.

3. Uso de cocaína e crack. Prioridade terapêutica, com objetivo declarado por ele; o álcool é tema a negociar, não condição de entrada no cuidado. Errada comum: começar pelo uso e deixar a ideação "a investigar".

Fica fora. Filho e trabalho são motores do plano, em metas de médio prazo; a dívida com a mãe fica na conversa familiar. Registrar o que fica fora impede que o documento vire lista de desejos.

O objetivo terapêutico e a negociação sobre o álcool

Cocaína e crack: **abstinência** declarada por ele, com redução de danos como estratégia de segurança, não como objetivo concorrente. Álcool: **redução com avaliação clínica**, negociação de 30 dias, e o argumento do sono ("bebe para dormir") tratado como problema de saúde a investigar, não como vício a confessar. Se em 30 dias ele não sustentar a abstinência, o objetivo é revisto com ele, sem expulsão. Errada comum: usar redução de danos como licença para não tratar nada, ou impor abstinência total.

Metas de 30, 60 e 90 dias

30 dias
1. 4 de 4 atendimentos no CAPS AD (presença; Rafael e equipe).
2. Avaliação psiquiátrica e clínica (dois registros; CAPS AD, UBS).
3. Plano de segurança com três contatos (via assinada; técnico e Rafael).
4. 4 noites por semana na casa da mãe (registro; Rafael, mãe e UBS).
5. Dívida levada à Defensoria (protocolo; Rafael e serviço social).

60 dias
6. Abstinência de cocaína e crack, com registro de lapso (relato e teste indicado; Rafael e técnico).
7. Qualificação no CRAS com 75% de presença (lista; CRAS).
8. Uma visita acompanhada ao filho (registro; CRAS e convivência).

90 dias
9. Atividade remunerada ou três biscates por mês (comprovante; Rafael).
10. Acordo com o credor, parcela compatível (documento; Rafael e Defensoria).
11. 6 encontros de mútua ajuda (lista; Rafael).

Por quê: as metas de 30 dias são de acesso e segurança, não de resultado químico. A abstinência aparece aos 60 dias. Teste toxicológico é dado clínico, nunca vigilância punitiva. A visita ao filho depende de terceiro e tem mediação nomeada. Errada comum: começar com "90 dias abstinente" e tratar o lapso como desligamento.

Intervenções

Intervenção (responde a)	Frequência	Responsável
Atendimento individual no CAPS AD (uso, humor, risco)	semanal por 4 semanas, depois quinzenal	técnico

Intervenção (responde a)	Frequência	Responsável
Avaliação psiquiátrica (humor, ideação, insônia)	em até 15 dias, com retornos	psiquiatra
Avaliação clínica e exames na UBS (pressão, peso, sono)	consulta e retorno em 30 dias	equipe da família
Plano de segurança (risco de suicídio)	no 1º contato, revisto a cada 30 dias	técnico e Rafael
Entrevista familiar com Dona Sônia (sobrecarga, dívida)	dois encontros	técnico
Orientação jurídica na Defensoria (dívida e ameaça)	atendimento e acompanhamento	Rafael e serviço social
Qualificação no CRAS (trabalho)	conforme oferta do curso	CRAS
Visita mediada ao filho (vínculo)	um encontro em 60 dias	CRAS e convivência
Grupo de mútua ajuda (sustentação)	uma a duas vezes por semana	Rafael

Por quê: cada linha responde a uma necessidade e tem frequência. Medicação é do psiquiatra: o PTS registra o acompanhamento, não a prescrição. Errada comum: encaminhamentos sem frequência.

Responsabilidades

Rafael: comparecer, registrar a semana, avisar antes de faltar, acionar o plano de segurança. Equipe de referência: manter contato, monitorar risco, articular a rede, registrar. Dona Sônia: os dois encontros e o acordo sobre dinheiro em casa, sem vigilância 24 horas. CAPS AD: referência clínica e psiquiátrica. UBS: clínica geral e continuidade no território. CRAS: qualificação e mediação da visita. Defensoria: orientação jurídica. Nenhuma responsabilidade a quem não participou da construção. Errada comum: "responsável: equipe", ou entregar a Dona Sônia o controle do dinheiro — o que aumenta sobrecarga e conflito.

Rede e plano de contingência

Rede com papel, contato e periodicidade: UBS Jardim das Acácias (clínica, semanal), CAPS AD Vila Nova (psiquiatria, segunda a sexta, 8h–18h), CRAS Boa Esperança (qualificação e mediação da visita), Comunidade Terapêutica Recanto (reacolhimento, não como primeira escolha), grupo de mútua ajuda da igreja São Judas (terças e sábados, 19h30), Defensoria (orientação jurídica).

Contingência. Fissura: ligar para o técnico em horário de serviço; fora dele, grupo de mútua ajuda ou UBS; sair do contexto de uso e não passar a noite na rua. Lapso: comparecer ao atendimento seguinte e contar — não há expulsão por uso, e a equipe revê o plano em 7 dias. Crise suicida: não ficar sozinho; CVV 188 (24 h), SAMU 192 ou CAPS AD; Dona Sônia sabe o que fazer. Ameaça do agiota: Polícia 190, re-

gistro do fato, serviço social e Defensoria. Violência: 190 e, quando aplicável, Ligue 180 ou Disque 100. Errada comum: "em caso de recaída, retomar o tratamento".

Reavaliação em 30 dias

Reavaliação em 30 dias, com Rafael, o técnico e Dona Sônia, se ele autorizar. Indicadores de processo (atendimentos, avaliações, plano de segurança) e de resultado (noites em casa, dias sem cocaína, visita, protocolo da dívida). Critério: manter, ajustar, intensificar ou transitar. Errada comum: "reavaliar conforme necessidade", que em risco ativo significa nunca.

A rubrica: sete critérios, de 0 a 3

Critério	0	1	2	3
Coerência da avaliação	ausente	dados soltos	sem lacunas	com lacunas e hipóteses
Priorização	sem prioridade	vagas	claras	justificadas, com risco
Metas	genéricas	algumas com prazo	com prazo e verbo	mensuráveis e acordadas
Intervenções	desconectadas	pouco justificadas	com responsável	viáveis, com frequência
Responsabilidades	ausentes	só da pessoa	distribuídas	nominais, corresponsáveis
Indicadores e reavaliação	ausentes	um dos dois	ambos	com critério
Autonomia e ética	desrespeitadas	parcialmente	respeitadas	registradas

O que cada nota significa, na prática.

Coerência da avaliação. 1: "dependente químico, sem crítica". 3: "humor deprimido há cinco meses (R); avaliação de risco não realizada (lacuna)".

Priorização. 1: "uso, família, trabalho". 3: "suicídio, dívida e uso; fora: trabalho e filho".

Metas. 1: "melhorar a autoestima". 3: "4 de 4 atendimentos em 30 dias, com registro".

Intervenções. 2: justificadas e com responsável, sem frequência. 3: "semanal por quatro semanas, depois quinzenal".

Responsabilidades. 1: "paciente deve comparecer". 3: "técnica: agendar avaliação psiquiátrica em até 10 dias".

Indicadores e reavaliação. 2: há indicadores e data, sem critério. 3: "reavaliação em 30 dias; duas faltas, contato em 48 h".

Autonomia e ética. 1: objetivo imposto, linguagem moral. 3: "objetivo acordado; divergência sobre o álcool registrada".

O mínimo de 15 de 21

Quinze pontos são média 2,14: todos em 2, com um em 3. É a nota de um documento utilizável, não de excelência. Um 14 com um critério em 0 não é "quase 15": é falha estrutural, e a média não compensa o que falta. Vinte e um é possível e raro na primeira versão.

Como pontuar com honestidade

Dois riscos simétricos. O primeiro é a inflação: dar 3 em tudo e descobrir, três meses depois, que o documento não decide nada; o sintoma é não conseguir apontar a linha que justifica o 3. O segundo é a punição: descontar porque o caso é difícil ou porque você escreve devagar. A rubrica avalia o documento, não o desfecho nem o estilo.

O método: para cada critério, encontre a frase que sustenta a nota; se não encontrar, a nota é menor. Depois responda: outro profissional executaria este plano sem me consultar?

O que fazer com nota baixa

Nota baixa não pede reescrita geral: pede retorno ao bloco correspondente.

Nota 0 ou 1 em	Volte a
Coerência da avaliação	blocos 2 e 3
Priorização	bloco 4
Metas	bloco 6
Intervenções	bloco 7
Responsabilidades	bloco 8
Indicadores e reavaliação	blocos 6 e 11
Autonomia e ética	blocos 1, 4 e 5

Revise só o bloco, gere nova versão, pontue de novo apenas aquele critério e guarde a versão anterior. Reescrever tudo consome tempo e apaga a história das decisões.

Registrar na plataforma

Registre as sete notas, o total, a data e duas linhas: o que revisar e até quando. Não há correção humana: a plataforma registra a conclusão. A honestidade é o único controle.

EXEMPLO APLICADO

Uma aluna terminou o PTS de Rafael e se deu 19 de 21, com 3 em metas. Ao comparar com a resolução, viu que duas das suas seis metas não tinham indicador: "retomar o convívio com o filho" e "voltar a trabalhar". O critério pede prazo, verbo e indicador. Baixou para 2; total, 18.

Em vez de reescrever tudo, voltou ao bloco 6 e refez as duas metas: "uma visita acompanhada ao filho em 60 dias, com registro do serviço de convivência" e "trabalhar 10 dias no mês em 90 dias, com registro de renda". Repontuou o critério em 3. O total final, 19, era o do início — mas sustentado por uma frase apontável.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um colega entrega o PTS e a autoavaliação: 21 de 21. No documento, quatro ações têm "responsável: equipe", o objetivo é "conscientizar sobre os malefícios da droga", não há indicadores nem data de reavaliação, e as metas são "melhorar a autoestima", "aderir ao tratamento" e "frequentar o grupo".

Tarefa. Repontue os sete critérios, justificando cada nota, e diga o que revisar primeiro.

Resolução comentada. Coerência: 1 — há dados, sem organização. Priorização: 0 ou 1 — não há prioridade, apenas temas. Metas: 1 — verbos vagos, sem prazo nem indicador. Intervenções: 1 — desconectadas das metas. Responsabilidades: 1 — só a pessoa tem deveres. Indicadores e reavaliação: 0 — nenhum dos dois. Autonomia e ética: 1 — objetivo imposto, linguagem moral. Total: 6 a 7 de 21. O 21 não é generosidade: é ausência de critério. A revisão começa pela priorização e pelas metas.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Ler a resolução antes de escrever	Concorda sem decidir	Escrever primeiro
Comparar frases, não decisões	Cópia ou desânimo	Perguntar por decisão
3 em todos os critérios	A rubrica perde a função	Apontar a linha
Punir-se pelo desfecho do caso	A nota mede o documento	Avaliar o escrito

Erro	O que acontece	Correção
Não registrar a pontuação	Oficina não se conclui	Notas, total e data

SÍNTESE

A resolução prioriza risco de suicídio, dívida com agiota e uso de cocaína e crack, e registra o que fica fora: filho e trabalho, motores de médio prazo. O objetivo separa abstinência de cocaína e crack — declarada por ele — de redução de álcool com avaliação clínica. As metas se escalonam em 30, 60 e 90 dias, com indicador e responsável; as intervenções respondem a necessidades; as responsabilidades são nominais; a contingência tem passos e contatos. A rubrica tem sete critérios de 0 a 3, mínimo 15, e se aplica apontando a frase que sustenta cada nota. Nota baixa leva ao bloco correspondente.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Compare seu bloco de prioridades com o da resolução e classifique cada divergência: lacuna, escolha justificável ou erro.
Resposta comentada: lacuna é o que falta no documento e existe no caso; escolha justificável se sustenta com dado e recurso do serviço; erro contraria risco, acordo ou ética — pôr o uso como prioridade 1 e a ideação "a investigar", por exemplo.

2. Dê sua nota no critério "metas" e cite a linha que a justifica. Se não houver linha, a nota é menor.
Resposta comentada: espera-se nota com citação literal. Quem escreve "3" sem citar uma meta com prazo, verbo e indicador descreve a intenção, não o documento.

3. Você ficou com 1 em "indicadores e reavaliação". Descreva o que muda, sem tocar nos outros blocos.
Resposta comentada: dois ou três indicadores coletáveis (comparecimento, dias sem uso por autorrelato declarado como fonte), data de reavaliação com participantes e critério de decisão. Nada mais muda, e a nova versão é salva com data.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Duas das sete intervenções do seu PTS não têm frequência nem recurso, embora estejam justificadas e tenham responsável. O critério "intervenções" deve ser pontuado como:

a) 3, porque as intervenções estão justificadas e ligadas às metas do projeto.
b) 2, porque há justificativa e responsável, mas faltam frequência e recurso.
c) 1, porque o documento precisa ser reescrito por inteiro antes da nota.
d) 3, porque frequência é detalhe operacional que não altera a qualidade.

Gabarito: b.

O nível 2 descreve a situação: justificadas e com responsável, sem frequência e recurso. (a) e (d) inflacionam a nota e tratam frequência como detalhe. © confunde nota com sentença: a rubrica indica o bloco a revisar.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, a comparação revela um padrão: o documento descreve bem e decide pouco. Se a nota ficou baixa em priorização e metas, o problema não é de escrita — é de ter escrito antes de combinar com a pessoa o que vem primeiro. Refaça só esses dois blocos na próxima sessão e registre a data da nova versão.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**.
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados.
BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social.

UNIDADE 8.5 · 1 H

8.5 Análise crítica de erros: sete projetos para diagnosticar

Apresentação

Você já leu o caso, decidiu prioridades, escreveu o PTS e se autoavaliou por rubrica. Agora o movimento se inverte: em vez de produzir, você julga. Esta unidade traz sete projetos curtos, de pessoas e serviços diferentes, cada um com um defeito dominante e dois secundários: você lê, responde e compara com a análise. Quem já escreveu reconhece o próprio erro no texto do outro.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. aplicar um roteiro de leitura crítica por gravidade;
2. nomear o defeito dominante e distingui-lo de dois secundários;
3. corrigir um projeto mudando a decisão que o produziu;
4. revisar o próprio PTS com o mesmo checklist.

Desenvolvimento

Ler pelo checklist, não pela impressão

A leitura espontânea julga estilo: se o documento está completo, se soa cuidadoso. Nada disso diz se o projeto funciona.

Leitura crítica usa o checklist: sete blocos, resposta de sim, não ou parcial. O que interessa é a lista de "não" — cada um aponta uma decisão a tomar.

A ordem de leitura importa

A ordem de leitura é por gravidade, não a do documento.

1. Risco não endereçado. Há risco de morte, violência, intoxicação? Existe ação correspondente?

2. Metas sem indicador. Sem poder dizer, na data marcada, se a meta foi cumprida, ela é intenção.

3. Responsável ausente. "Equipe" não é responsável; nome, serviço e frequência são.

4. Intervenção que não responde à necessidade. Sem ligação com uma necessidade do diagnóstico, a atividade está ali por outro motivo.

5. Linguagem e ética. Por último: chama mais atenção e compromete menos.

Corrigir não é escrever mais

O reflexo de quem recebe crítica é acrescentar: mais uma meta, mais um encaminhamento. Sai um documento maior e igualmente frágil.

Corrigir é tomar outra decisão: trocar a prioridade, substituir "melhorar a autoestima" por meta verificável, dar nome a quem faz. As versões corrigidas ficam menores.

Projeto 1 — metas genéricas

Marlene, 41 anos, ambulatório

Chegou por indicação da UBS, com "nervos" e uso diário de álcool à noite desde a separação, há dois anos. Auxiliar de limpeza há seis anos, dois filhos adolescentes, diz que "não tem com quem falar" e bebe sozinha, "para dormir". Nega outras substâncias, sem intoxicação grave; hipertensão sem acompanhamento. Sem registro de avaliação de risco nem de exame clínico. É pontual, fala dos filhos com afeto e quer voltar a estudar.

Objetivo: promover o bem-estar e a qualidade de vida.
Metas: melhorar a autoestima; fortalecer os vínculos familiares; ampliar a rede de apoio; promover a qualidade de vida.
Intervenções: acolhimento, escuta qualificada, orientação.
Responsável: equipe multiprofissional.
Reavaliação: conforme necessidade.

O que está errado e por quê?

Resposta comentada. Dominante: nenhuma das quatro metas tem verbo observável, prazo ou indicador, e a última repete o objetivo. Secundários: ausência de prioridade; intervenções apenas nomeadas.

Versão corrigida. Prioridade: uso noturno com insônia e isolamento, e avaliação de risco no primeiro contato. Metas: quatro noites por semana sem álcool até 30/04; uma conversa com a filha mais velha até 15/04.

Projeto 2 — objetivo imposto com sanção

Tiago, 23 anos, comunidade terapêutica

Está na casa há 40 dias, por encaminhamento judicial após audiência por porte de droga. Álcool e cocaína desde os 16 anos, duas passagens por pronto-socorro por intoxicação, nenhum tratamento anterior. No acolhimento, disse que quer parar com a cocaína, "mas não com a cerveja do fim de semana". A equipe registrou o objetivo sem essa informação e sem discutir alternativas. Não há plano para o caso de uso dentro da casa.

Objetivo: abstinência total, incluindo álcool, por 12 meses, sob pena de desligamento.
Metas: permanecer abstinente; cumprir as normas da casa; participar das atividades.

Intervenções: grupos, atendimento individual, orientação espiritual.
Reavaliação: ao final de 12 meses.

O que está errado e por quê?

Resposta comentada. Dominante: objetivo decidido sem a pessoa e sustentado por sanção — a informação do acolhimento foi descartada e a negociação virou ameaça, o que produz ocultação. Secundários: prazo único de 12 meses; sem redução de danos.

Versão corrigida. Objetivo acordado: abstinência de cocaína, com redução de danos como estratégia; álcool em negociação de 30 dias. Metas: 4 de 4 grupos e relato de fissura no mesmo dia. Lapso gera revisão em sete dias.

Projeto 3 — ausência de responsáveis

Cleber, 47 anos, clínica de reabilitação

Está na clínica há 12 dias, vindo de internação hospitalar por pancreatite. Álcool diário há 20 anos, tabagismo, hipertensão. Afastado do trabalho como motorista, tem esposa e um filho de 15 anos, e diz que "dessa vez vai". A equipe montou o projeto em uma reunião de sexta-feira.

Ações: avaliação clínica; atendimento psicológico; grupo de prevenção de recaída; contato com a família; encaminhamento ao CAPS AD; oficina de geração de renda; visita domiciliar após a alta.
Responsável: equipe (avaliação clínica, atendimento psicológico, grupo, contato com a família, oficina); serviço social (encaminhamento, visita).
Frequência: não registrada.
Rede: CAPS AD de referência, CRAS do município, grupo de mútua ajuda.

O que está errado e por quê?

Resposta comentada. Dominante: responsabilidade diluída — cinco das sete ações ficam com "equipe", que não designa ninguém e garante que ninguém responda quando ela falhar. Secundários: sem frequência; rede sem contato.

Versão corrigida. Avaliação clínica — clínico da casa, em 48 h. Atendimento psicológico — psicóloga, semanal. Grupo — técnico de referência, terças e quintas. Família — assistente social, em sete dias. CAPS AD — assistente social, antes da alta, com nome do técnico que recebe.

Projeto 4 — intervenção incompatível com a necessidade

Wesley, 29 anos, clínica de reabilitação

Chegou há cinco dias, vindo da rua, com uso de álcool e cocaína. Está em desconforto evidente: tremor nas mãos, sudorese, insônia há três noites, ansiedade intensa. Houve convulsão em uma internação anterior, registrada no encaminhamento do hospital. A avaliação clínica foi feita na admissão, sem previsão de retorno; a equipe decidiu "não pressionar" e priorizar ocupação do tempo.

Objetivo: ocupar o tempo e desenvolver habilidades.
Metas: participar das aulas de violão duas vezes por semana; concluir uma peça de artesanato; inte-

grar-se ao grupo de convivência.
Intervenções: oficina de violão, oficina de artesanato, rodas de convivência.
Responsável: oficineiro e equipe técnica.
Reavaliação: em 30 dias.

O que está errado e por quê?

Resposta comentada. Dominante: a intervenção não responde à necessidade — o quadro é de desconforto por abstinência e o projeto oferece violão; a oficina pode ser boa depois, mas agora ocupa o lugar da conduta clínica. Secundários: risco clínico ignorado; sem contingência.

Versão corrigida. Primeiro: avaliação clínica hoje, com sinais vitais e escala de abstinência, e conduta definida por profissional habilitado, articulada à UBS e ao CAPS AD. Enquanto houver instabilidade, acompanhamento próximo e registro diário, com plano de contingência escrito para convulsão.

Projeto 5 — ausência de indicadores e de reavaliação

Simone, 35 anos, ambulatório

Técnica de enfermagem afastada do trabalho, cocaína inalada três vezes por semana, insônia e dívida em dois cartões. Mora só; a irmã é o único contato familiar e se afastou após discussão sobre dinheiro. O projeto está bem redigido: prioridades justificadas e metas com verbo observável e data.

Prioridades: reduzir o uso de cocaína; reconstruir o vínculo com a irmã.
Metas: reduzir o uso para no máximo duas vezes por mês até 30 de abril; retomar o contato com a irmã até 30 de abril; voltar a trabalhar até 30 de abril.
Intervenções: atendimento individual semanal; grupo de prevenção de recaída; contato com a irmã, com autorização.
Responsável: técnica de referência.

O que está errado e por quê?

Resposta comentada. Dominante: é impossível saber se o projeto funcionou — não há indicador (como se mede "retomar o contato"?) nem data de reavaliação. Secundários: metas sem escalonamento; sem critério de decisão.

Versão corrigida. Meta 1 (30 dias): 4 de 4 atendimentos e registro do uso em diário. Meta 2 (60 dias): um contato telefônico com a irmã, mediado. Meta 3 (90 dias): retorno gradual ao trabalho. Reavaliação em 30 dias, com critério: manter, ajustar ou intensificar.

Projeto 6 — rotina institucional confundida com projeto terapêutico

Lucas, 26 anos, comunidade terapêutica

Está na casa há 60 dias. Crack desde os 19 anos, duas tentativas anteriores, ensino médio incompleto. Trabalhava por aplicativo; tem uma filha de 4 anos que vive com a avó em outro município. Na casa é "cumpridor": não falta a nada, não reclama e não fala de si.

Objetivo: manter a disciplina e a rotina da casa.
Metas: despertar às 6h; café às 7h; grupo às 8h; oficina às 10h; almoço às 12h; descanso até as 13h; grupo às 15h; jantar às 18h; recolhimento às 21h.
Intervenções: cumprimento da agenda; advertência em caso de atraso; perda de visita em caso de reincidência.
Responsável: monitores e coordenação.
Reavaliação: mensal, na reunião de equipe.

O que está errado e por quê?

Resposta comentada. Dominante: confusão entre rotina da instituição e projeto terapêutico — a agenda é o enquadre que permite o cuidado, não o cuidado; cumprir horários não diz o que a pessoa precisa mudar. Secundários: nenhuma singularidade; nenhuma meta de vida fora da instituição.

Versão corrigida. A agenda é condição de funcionamento da casa, não objetivo. Prioridade: plano para os primeiros 30 dias após a alta e vínculo com a filha. Metas: uma visita mediada até 30/04; três contatos de rede até 15/04.

Projeto 7 — viés moral e linguagem estigmatizante

Nelson, 52 anos, comunidade terapêutica

Chegou há três semanas, encontrado pela família em uso intenso. Álcool desde os 20 anos, perda do emprego em frigorífico, casamento em conflito, dois filhos que não o procuram. Fala pouco nos grupos e diz que "não lembra" de parte do que aconteceu no último ano.

Objetivo: fazer o paciente reconhecer que destruiu a família e assumir a culpa antes de qualquer benefício.
Metas: admitir os erros diante do grupo; escrever carta de perdão à esposa; aceitar o rótulo de dependente e a condição de manipulador; conquistar o direito de receber visita.
Intervenções: confrontação em grupo; carta de reparação; retirada de benefícios até o reconhecimento.
Responsável: coordenação e conselheiro.
Reavaliação: quando houver reconhecimento.

O que está errado e por quê?

Resposta comentada. Dominante: julgamento moral dentro do documento — culpa não é objetivo terapêutico, e "assumir a culpa antes de qualquer benefício" transforma cuidado em punição. Secundários: linguagem estigmatizante; sem corresponsabilidade da equipe.

Versão corrigida. Objetivo: tratar o uso e o sofrimento associado, com metas acordadas. Metas: consulta clínica em sete dias; relato semanal do que lembra e do que não lembra, sem confissão. Responsabilidade da equipe: garantir avaliação e não usar visita como prêmio.

Tabela-resumo dos sete defeitos

Defeito	Pergunta que revela
Meta genérica	Dá para verificar?
Objetivo imposto	Ela concordou?
Sem responsável	Quem faz e quando?
Intervenção incompatível	Responde a quê?
Sem indicador	Como saber se funcionou?
Rotina como projeto	O que muda fora daqui?
Viés moral	Humilha quem lê?

O mesmo checklist no seu PTS

Aplique ao documento da unidade 8.3, nesta ordem: releia só o bloco de risco e verifique se existe ação correspondente; marque cada meta com S, N ou P para verbo, prazo e indicador; escreva ao lado de cada intervenção a necessidade atendida; troque "equipe" por um nome; confira reavaliação e critério de decisão. Para cada "não", anote qual decisão vai mudar.

EXEMPLO APLICADO

Denise, 38 anos, clínica. Professora, uso de álcool em binge há quatro anos, uma internação anterior. Chegou há seis dias, após três dias de uso contínuo, com insônia, tremores leves e humor deprimido. Na história, uma frase: "nega ideação suicida no momento; relata que 'já pensou em desistir' no ano passado". Prioridade registrada: retomar a pós-graduação. Blocos 2 a 5 completos.

Pelo checklist, o defeito está no primeiro: um dado de risco aparece na narrativa e desaparece do plano. A prioridade é legítima e é dela, mas não é a que protege. A correção não exige reescrever: exige uma prioridade acima da atual, com avaliação de risco no mesmo contato e plano de segurança.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Uma coordenação pede um parecer de dez linhas sobre um projeto. O texto tem dois defeitos fortes: o objetivo foi definido pela equipe sem consulta — "abstinência de álcool e crack por um ano, com suspensão de visita em caso de uso" — e o documento chama a pessoa de "manipuladora".

Tarefa. Defina o dominante, justifique, indique o secundário e escreva a primeira decisão a mudar.

Resolução comentada. O dominante é o objetivo imposto com sanção. A justificativa não é hierarquia moral, é consequência prática: enquanto o uso for motivo de perda de visita, a pessoa tem incentivo para esconder, e a equipe perde a informação de que precisa. O viés moral é secundário porque a linguagem sozinha não altera a estrutura de decisão. A primeira decisão é retirar a sanção e registrar o que a pessoa quer e recusa.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Ler pela impressão	Projeto bonito passa sem exame	Checklist, bloco por bloco
Corrigir a linguagem e manter o risco	Documento elegante e perigoso	Risco primeiro
Apontar o defeito sem dizer o que muda	Crítica estéril	Uma decisão por defeito

SÍNTESE

Leitura crítica se faz pelo checklist, e na ordem de gravidade: risco, meta sem indicador, responsável ausente, intervenção que não responde à necessidade, linguagem e ética. Corrigir é tomar outra decisão, e o texto corrigido fica menor.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Um projeto tem metas com prazo, indicadores e reavaliação marcada, mas a pessoa relata fissura intensa três vezes por semana e o documento não menciona fissura. Qual é o defeito dominante, e por que não é "falta de plano de contingência"?

Resposta comentada: o dominante é risco não endereçado: a necessidade mais urgente não aparece no diagnóstico nem nas intervenções. Chamá-lo de falta de contingência levaria a equipe a escrever um anexo de crise sem rever a prioridade.

2. Reescreva a meta "fortalecer a rede de apoio" para quem mora sozinho e não fala com a irmã há oito meses, de modo que passe no teste de verbo, prazo e indicador.

Resposta comentada: por exemplo: "fazer um contato telefônico com a irmã, com mediação da técnica, até 30/04 (indicador: registro do contato)". O verbo é fazer, o prazo é uma data, o indicador é um registro.

3. Escolha um dos sete projetos e escreva, em cinco linhas, o que diria à equipe.

Resposta comentada: comece pelo dominante, diga o efeito dele sobre o cuidado e termine com uma decisão concreta. Boa devolutiva não é laudo de erros: é uma prioridade de correção.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um PTS de ambulatório registra: prioridade em retomar o curso de informática; metas com prazo e indicador; responsável nominal; reavaliação em 30 dias. A pessoa relata fissura intensa três vezes por semana, sem ação para os fins de semana. A análise correta é:

a) as metas não têm prazo nem indicador, o que impede verificar o resultado do plano.
b) o risco de uso não foi endereçado, e a prioridade não é a mais protetiva.
c) faltam responsáveis nominais e frequência para as intervenções já previstas.
d) a reavaliação foi marcada em prazo longo demais para o primeiro ciclo.

Gabarito: b.
O defeito está no primeiro bloco: há risco clínico evidente — fissura frequente, sem plano para o período de maior exposição — e não aparece no diagnóstico nem nas intervenções. A prioridade é legítima, mas não é a que protege. (a) e © descrevem defeitos que o texto não tem; (d) desloca a questão para o calendário.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, "responsável: equipe" vira "eu", e a responsabilidade se acumula: registre o que depende de você, da pessoa e de um serviço que você aciona por nome. A meta genérica nasce da pressa; a intervenção incompatível, da dificuldade de dizer que o caso pede avaliação médica antes de psicoterapia.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**.
BRASIL. ANVISA. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

UNIDADE 8.6 · 1 H

8.6 Avaliação final e fechamento do curso

Apresentação

Esta é a última unidade. Você já leu um caso completo, decidiu prioridades, escreveu um PTS, comparou com a resolução comentada, pontuou-se por rubrica e diagnosticou os defeitos de sete projetos. Falta o último passo: a avaliação final e o fechamento.

A avaliação não cobra memória. Apresenta situações e pede decisões — a mesma operação que você fez nos sete módulos anteriores. Quem entendeu o critério de decisão responde sem consultar nada; quem decorou definições trava na primeira situação-problema.

Esta unidade explica o que a prova cobra, o critério de aprovação, como estudar para uma prova de raciocínio, os cinco erros que mais reprovam e o que o certificado habilita — e não habilita.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Ao final desta unidade, você será capaz de:
1. identificar a estrutura e o peso dos eixos da avaliação final;
2. planejar a revisão a partir dos erros, e não da releitura integral do curso;
3. corrigir os cinco erros conceituais que mais reprovam;
4. delimitar o que a formação autoriza e o que ela não autoriza;
5. registrar a autoavaliação da oficina e concluir a avaliação final.

Desenvolvimento

O que a avaliação final cobra

São 20 questões de múltipla escolha, autocorrigidas, distribuídas em seis eixos:

Eixo	Questões
Fundamentos e clínica ampliada	5
Avaliação e diagnóstico situacional	4
Construção: objetivos, metas, indicadores	4
Aplicação em dependência química	4
Rede, PTS versus PIA e limites profissionais	2

Eixo	Questões
Ética e sigilo	1

A distribuição diz o que o curso considera essencial. O maior bloco é o de fundamentos — clínica ampliada, integralidade, corresponsabilidade, singularidade — porque dele derivam as decisões práticas. Avaliação, construção e aplicação têm o mesmo peso: ler a situação, escrever o plano e aplicá-lo em dependência química valem o mesmo. Rede, PTS versus PIA e limites profissionais aparecem em duas questões porque são confusões que produzem erro em cascata; ética e sigilo têm uma, e costuma ser respondida com pressa.

Pelo menos 60% dos itens — doze de vinte — exigem aplicar, analisar ou avaliar: a maioria apresenta um trecho de projeto, uma fala de usuário, uma decisão de equipe ou um conflito de rede, e pede o que fazer ou o que está errado. As demais verificam se você reconhece um conceito e o distingue do vizinho.

O critério de 70% e o que acontece se não atingir

A aprovação exige 70% na avaliação final e em cada questionário de módulo, além da oficina com autoavaliação registrada. São requisitos independentes: um não compensa o outro.

Abaixo de 70%, a plataforma informa o desempenho e indica a possibilidade de nova tentativa, conforme a configuração do curso. O erro mais comum é refazer a prova imediatamente, apostando na memória de curto prazo; o segundo é reler o curso inteiro, o que consome tempo e não corrige o ponto que falhou.

O caminho útil é curto: veja quais eixos concentraram os erros, volte às unidades correspondentes, refaça exercícios e oficina daquele bloco e só então retorne. Erro em construção de metas indica revisão de M3 e M4, não de M1; erro em aplicação em dependência química indica M5 e M6.

Como estudar para uma prova de raciocínio

Três movimentos rendem mais que releitura linear.

Reler as situações-problema, não os resumos. Releia a situação, feche a resolução comentada, escreva sua conduta em cinco linhas e só depois compare. A diferença entre o que você escreveu e o comentado é o seu programa de estudo.

Refazer a oficina em versão curta. Com o caso de Rafael, escreva apenas três coisas: prioridades com justificativa, três metas com verbo, prazo e indicador, e o plano de contingência. Se consegue fazer isso sem consultar, a prova de construção está resolvida.

Revisar os erros frequentes, não os acertos. As tabelas de erros frequentes de cada módulo foram feitas para isso. Ler oito linhas de erro evita mais questões perdidas do que reler vinte páginas de acerto.

Uma observação sobre tempo: questão de raciocínio se responde devagar. Leia o enunciado até o fim antes de olhar as alternativas; muitas trazem um dado que muda a resposta, como "a pessoa recusa nova internação".

Os cinco erros conceituais que mais reprovam

Estes cinco erros aparecem em quase toda correção de prova. Cada um tem uma frase de correção.

1. PTS como PIA. O PIA é o plano que a instituição ou a política pública organiza, com objetivos definidos pelo serviço e prazos administrativos; o PTS é construído caso a caso, com a pessoa, e pode contrariar a oferta padrão. Correção: se o documento poderia ser o mesmo para outra pessoa do serviço, ele não é PTS.

2. Prioridade como urgência. Urgência é o que não pode esperar — risco de morte, violência, intoxicação. Prioridade é o que organiza o plano no ciclo, justificada pelo risco e pelo que a pessoa quer. Confundir os dois produz planos que só apagam incêndio. Correção: urgência se responde hoje; prioridade se decide e se registra, com o que ficou fora e por quê.

3. Meta como atividade. "Participar do grupo" e "comparecer ao CAPS" descrevem o que a pessoa faz no serviço, não o que muda na vida dela. Atividade é meio; meta é resultado observável. Correção: toda meta precisa de verbo observável, prazo e indicador — e o indicador não pode ser apenas presença.

4. Encaminhamento como intervenção. Encaminhar não é intervir: é abrir uma porta. A intervenção inclui quem encaminha, para quem, com qual contato, em qual prazo e quem verifica se o atendimento aconteceu. Correção: encaminhamento sem nome, telefone e data de retorno é intenção, não conduta.

5. Rotina institucional como tratamento. Cumprir horários, participar de grupos obrigatórios e manter a disciplina da casa são o enquadre que permite o cuidado. Não são o cuidado. Correção: a rotina organiza o dia; o projeto diz o que muda na vida — e precisa prever a vida fora da instituição.

O que o curso habilita e o que não habilita

O curso tem 40 horas, é autoinstrucional e concede certificado de conclusão. Ele ensina a construir, aplicar e revisar o PTS dentro do escopo de cada profissão, e a reconhecer quando o caso exige outro profissional.

Ele não certifica especialização. Não confere título de especialista, não substitui residência, formação técnica ou pós-graduação, e não serve como comprovação de capacitação para exercer função nova.

Ele não autoriza diagnosticar nem prescrever. Diagnóstico e prescrição são atos privativos de profissionais habilitados, no âmbito de cada profissão, e exigem formação específica. Um terapeuta em dependência química, um técnico de comunidade terapêutica e um psicólogo têm escopos diferentes, e o PTS não amplia nenhum deles: ele organiza o cuidado entre pessoas que já têm competência para as ações que assumem.

Ele também não substitui supervisão. Formação autoinstrucional ensina método; supervisão corrige o método aplicado a um caso real, por alguém que conhece o caso e responde por ele.

PTS é instrumento coletivo

O PTS não é o documento de um técnico sobre uma pessoa. É o acordo de uma equipe com uma pessoa sobre o que vai ser feito, por quem e até quando. Isso tem duas consequências práticas.

A primeira: um PTS escrito sozinho tende a concentrar responsabilidades em quem escreveu e a ignorar o que a rede já faz. A segunda: o documento precisa ser legível para quem não participou da reunião — a pessoa atendida, a mãe, o técnico do outro serviço, o plantonista da madrugada.

E há um limite honesto: 40 horas não formam quem constrói PTS em equipe; formam quem sabe o que está fazendo e o que precisa perguntar. A diferença se chama supervisão.

Antes de fechar: dois registros

Primeiro, a autoavaliação da oficina. Retome a rubrica de sete critérios, de 0 a 3 pontos, e registre sua pontuação com o texto na mão, não com a memória do que quis escrever. O mínimo para conclusão é 15 de 21. Nota baixa não impede a avaliação final: ela indica qual bloco revisar.

Segundo, a avaliação final. Ela fica na plataforma, no fim do módulo 8, e pode ser feita depois, se precisar revisar. O certificado de 40 horas é liberado quando os requisitos cadastrados estão cumpridos: questionários de módulo, oficina com autoavaliação e 70% na avaliação final.

EXEMPLO APLICADO

Uma aluna termina a oficina, registra 16 de 21 e faz a avaliação final: 13 acertos em 20, ou 65%. O relatório mostra erros em três itens de construção e dois de aplicação em dependência química.

A leitura apressada seria "não sei nada, vou reler o curso". A útil é outra: fundamentos, avaliação e ética estão sólidos; falhou transformar necessidade em meta verificável e aplicar o raciocínio ao caso com álcool. O programa de revisão fica evidente: erros frequentes de M3 e M4, exercícios de metas e situações-problema de M5 e M6.

Duas semanas depois, refaz a prova e acerta 17. O ganho não veio de saber mais definições: veio de parar de escrever "participar do grupo" onde precisava escrever o que mudaria na vida da pessoa.

SITUAÇÃO-PROBLEMA

Um serviço inscreve toda a equipe no curso e passa a exigir que cada técnico entregue um PTS por semana. O certificado é usado como comprovação de que a equipe está "capacitada a diagnosticar e tratar". Um auxiliar administrativo, sem formação na área, é designado para "fazer o PTS e o diagnóstico" dos residentes.

Tarefa. Analise a situação nos planos da formação, do escopo profissional e da organização do cuidado, e diga o que deveria ser dito à coordenação.

Resolução comentada. Formação: 40 horas autoinstrucionais ensinam método de construção e revisão do PTS, não habilitam para diagnóstico nem tratamento; usá-las assim expõe o serviço e o profissional. Escopo: diagnóstico e prescrição são atos privativos de quem tem habilitação legal e formação específica; um auxiliar administrativo não pode assumir PTS nem diagnóstico, e designá-lo transfere a ele uma responsabilidade que não é sua. Organização do cuidado: PTS por técnico, um por semana, sem reunião de equipe, transforma instrumento coletivo em tarefa burocrática — o documento passa a ser produzido para cumprir planilha. O que dizer à coordenação: o curso é útil como formação continuada e deve ser oferecido a quem atua no cuidado; o PTS é construído em equipe e assinado por quem responde por ele; a instituição precisa definir fluxo, tempo protegido para reunião e supervisão, e retirar do certificado promessa que ele não cumpre.

ERROS FREQUENTES

Erro	O que acontece	Correção
Estudar relendo o curso inteiro	Tempo gasto, erro mantido	Revisar eixos com erro
Refazer a prova sem revisar	Repete o mesmo padrão	Ler o relatório primeiro
Decorar definições	Trava na situação-problema	Treinar decisão
Achar que o certificado habilita	Exposição ética e legal	Escopo de cada profissão
Confundir PTS com PIA	Plano padronizado	Construção caso a caso

SÍNTESE

A avaliação final tem 20 questões distribuídas em seis eixos, com pelo menos 60% de itens de aplicação, análise ou avaliação. A aprovação exige 70%, além dos questionários de módulo e da oficina com autoavaliação registrada. Estuda-se relendo situações-problema, refazendo a oficina em versão curta e revisando os erros frequentes. Os cinco erros que mais reprovam são PTS como PIA, prioridade como urgência, meta como atividade, encaminhamento como intervenção e rotina institucional como tratamento. O curso ensina a construir e aplicar o PTS no escopo de cada profissão; não certifica especialização, não autoriza diagnosticar nem prescrever e não substitui supervisão.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Explique, em três frases, a diferença entre PTS e PIA.

Resposta comentada: o PIA é organizado pela instituição ou pela política pública, com objetivos e prazos administrativos, e tende a ser o mesmo para pessoas na mesma situação; o PTS é construído caso a caso, com a pessoa e a equipe, e pode contrariar a oferta padrão. O teste prático: se o documento serviria a outra pessoa sem alteração, é PIA.

2. Um aluno acerta 13 de 20 na avaliação final, com erros concentrados em construção de metas. O que ele deve fazer antes de refazer?

Resposta comentada: identificar no relatório quais itens falharam, revisar as unidades de objetivos, metas e indicadores, refazer os exercícios correspondentes e reescrever três metas do próprio PTS com verbo, prazo e indicador. Refazer a prova sem essa etapa tende a repetir o resultado.

3. Um colega afirma que, com o certificado do curso, pode "fazer diagnóstico e prescrever" em uma clínica. Escreva a resposta, em cinco linhas.

Resposta comentada: a resposta deve dizer que o certificado comprova conclusão de curso de 40 horas e não habilitação legal; que diagnóstico e prescrição são atos privativos de profissionais habilitados, com formação específica; que o curso ensina a construir e aplicar o PTS no escopo de cada profissão; e que assumir além do escopo expõe paciente e profissional.

VERIFICAÇÃO DE APRENDIZAGEM

Questão. Um PTS registra: "Objetivo: abstinência de cocaína em 12 meses. Meta: comparecer ao CAPS AD duas vezes por semana." A formulação da meta é problemática porque:

a) a meta descreve um procedimento da equipe, não uma mudança na vida da pessoa.
b) o prazo de doze meses é incompatível com qualquer objetivo terapêutico possível.
c) faltou indicar o responsável pela ação e a frequência prevista no documento.
d) o objetivo foi definido pela equipe sem participação da pessoa atendida.

Gabarito: a.
Comparecer ao serviço é atividade, isto é, meio; a meta precisa descrever o que muda na vida da pessoa, com verbo observável, prazo e indicador que não seja apenas presença. (b) confunde prazo com formulação: doze meses pode ser um horizonte adequado para um objetivo, e o defeito está em outro lugar. © descreve exigências reais, mas a frequência está no enunciado e o problema apontado é a natureza da meta. (d) supõe um defeito de processo que o trecho não permite afirmar: nada indica como o objetivo foi construído.

PARA QUEM ATENDE EM CONSULTÓRIO

No consultório, os limites do certificado aparecem no dia a dia: você é procurado para "fazer um PTS" e, às vezes, para resolver o que exige outro profissional. A resposta que protege o paciente é a mesma que protege você — dizer o que faz, o que não faz e a quem encaminha, por escrito. Vale manter supervisão ou intervisão regular: quem trabalha sozinho não tem equipe para corrigir o pla-

no, e o PTS escrito a quatro mãos com o paciente é o que mais se aproxima disso. Guarde apenas os dados necessários, com acesso restrito, como exige a legislação de proteção de dados.

REFERÊNCIAS DA UNIDADE

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**.
BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**.
BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social.
BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.
BRASIL. ANVISA. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**.