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

KIT

MATERIAL DE APOIO

Kit de ferramentas do PTS

Modelo orientador, formulário em branco, exemplo completo, rubrica, checklist e glossário: o que fica com você depois do curso.

COMO USAR ESTE MATERIAL

Seis ferramentas para usar no serviço

Este kit reúne o que você vai usar depois do curso: o modelo dos doze campos, um formulário em branco para imprimir e preencher à mão, o exemplo completo do caso Rafael Moreira, a rubrica de autoavaliação, o checklist de conferência e o glossário.

A ordem das seções segue a ordem de uso. O formulário em branco pode ser impresso quantas vezes precisar; o modelo e o exemplo servem de referência quando o caso real não se encaixa no que você lembra de cor.

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

Como usar este kit 4

Modelo orientador — os doze campos 5

Formulário em branco 14

Exemplo preenchido — Rafael Moreira 18

Rubrica de autoavaliação 25

Checklist de qualidade do PTS 26

Glossário 27

01 Como usar este kit

Este kit reúne as ferramentas que o curso ensina a usar. Ele não é leitura: é material de trabalho. A ideia é que você imprima o formulário em branco, deixe o checklist ao lado e consulte o modelo quando travar em algum campo.

São seis peças, nesta ordem:

1. **Modelo orientador** — o que cada um dos doze campos do PTS deve conter, com os erros mais comuns de cada um.
2. **Formulário em branco** — a mesma estrutura, sem texto, para você preencher à mão ou digitalizar.
3. **Exemplo preenchido** — um PTS completo do caso Rafael Moreira, com a reavaliação do dia 60.
4. **Rubrica de autoavaliação** — sete critérios, de 0 a 3, para você julgar seu próprio documento.
5. **Checklist de qualidade** — doze verificações rápidas antes de apresentar o PTS à equipe.
6. **Glossário** — os termos que o curso usa em sentido técnico.

Duas advertências. Primeiro: o modelo é didático. Se o serviço onde você trabalha tem instrumento próprio, o conteúdo migra para ele — o que não migra é a lógica. Segundo: nada aqui autoriza ninguém a firmar diagnóstico ou a executar procedimento fora da sua formação; o PTS organiza o cuidado, não amplia competência profissional.

02 Modelo orientador — os doze campos

Documento didático. Não é formulário oficial de serviço nem substitui o instrumento adotado pela instituição.

Como usar este modelo

Cada campo traz seis elementos: finalidade, explicação, orientação de preenchimento, exemplo, erros frequentes e cuidados técnicos e éticos. Os campos marcados como **essenciais** não podem faltar em nenhum PTS; os **complementares** entram conforme o caso e o serviço.

O exemplo usado é o caso fictício de Rafael Moreira, desenvolvido ao longo do curso. O preenchimento completo está no exemplo que vem mais adiante neste kit.

Advertência de escopo: o PTS organiza o cuidado. Ele não autoriza diagnóstico, prescrição, psicoterapia ou qualquer ato privativo de profissão regulamentada. Quem preenche responde pelo que registra, dentro da sua competência legal.

Quadro-síntese dos campos

#	Campo	Obrigatoriedade	Momento principal
1	Identificação e contexto	essencial	diagnóstico situacional
2	Avaliação integral	essencial	diagnóstico situacional
3	Diagnóstico situacional	essencial	diagnóstico situacional
4	Necessidades prioritárias	essencial	definição de metas
5	Objetivos terapêuticos	essencial	definição de metas
6	Metas	essencial	definição de metas
7	Intervenções	essencial	definição de metas
8	Responsabilidades	essencial	divisão de responsabilidades
9	Indicadores	essencial	divisão de responsabilidades
10	Cronograma	complementar (recomendado)	divisão de responsabilidades
11	Reavaliação	essencial	reavaliação
12	Registro de evolução	essencial	reavaliação

Campo 1 — Identificação e contexto

Finalidade. Situar quem é a pessoa, onde vive, com quem conta e em qual serviço o projeto está sendo construído.

Explicação. Não é ficha cadastral. É o mínimo necessário para que qualquer profissional da equipe entenda a situação sem precisar reconstruir a história do zero.

Orientação de preenchimento. Nome ou iniciais conforme a política do serviço; idade; como prefere ser chamada; composição familiar e vínculos significativos; território e distâncias relevantes; serviço de referência e profissionais envolvidos; data de abertura; quem participou da construção.

Exemplo (Rafael). Rafael Moreira, 34 anos, pedreiro, mora com a mãe, Dona Sônia (61), em periferia urbana. Filho Davi (9) vive com a ex-companheira a 90 km. UBS a 10 minutos; CAPS AD a 40 minutos. Sem vínculo atual com serviços. Projeto construído em três encontros na UBS, com participação da mãe no terceiro.

Erros frequentes. Copiar prontuário inteiro; usar apenas o diagnóstico como identificação; omitir quem participou; registrar endereço completo sem necessidade.

Cuidados. Dados de saúde são sensíveis: registre o necessário para o cuidado, não o curioso. Nome de familiares só com consentimento e pertinência.

Campo 2 — Avaliação integral

Finalidade. Levantar as dimensões biológica, psicológica, social e de rede antes de decidir qualquer coisa.

Explicação. Avaliação integral não é questionário único nem exige que um só profissional faça tudo. É a reunião organizada de informações de fontes diferentes, com registro do que falta.

Orientação de preenchimento. Para cada dimensão, registre o que se sabe, a fonte e o que ainda é desconhecido. Use linguagem descritiva, não julgamento. Marque explicitamente as informações que dependem de avaliação especializada.

Exemplo (Rafael).

Dimensão	Informações disponíveis	Fonte	Lacunas
Biológica	hipertensão leve sem acompanhamento; perda de peso; insônia; uso de "remédio para dormir" emprestado da mãe	relato e aferição na UBS	exames recentes; avaliação psiquiátrica; risco de interação medicamentosa

Dimensão	Informações disponíveis	Fonte	Lacunas
Psicológica	humor deprimido há 5 meses, anedonia, desesperança; ideação suicida passiva no último mês, sem plano; tentativa há 6 anos	entrevista	avaliação de risco estruturada; acompanhamento psicológico
Social	biscates; dívida de R$ 4.200 com agiota; ensino fundamental incompleto; afastamento de amigos que não usam	entrevista e relato da mãe	situação documental; elegibilidade para programas de qualificação
Rede	mãe cuidadora com sobrecarga; irmã afastada; ex-companheira com regra de contato condicionada à abstinência; namoro recente com pessoa que usa	entrevista	vínculo real com CRAS, CAPS AD e grupo de mútua ajuda

Erros frequentes. Listar apenas problemas; ignorar potencialidades; tratar relato de familiar como fato; não registrar lacunas.

Cuidados. Não investigue além do escopo profissional: se a avaliação de risco ou clínica exige competência específica, encaminhe e registre o encaminhamento.

Campo 3 — Diagnóstico situacional

Finalidade. Produzir uma leitura compreensiva da situação que explique por que o problema existe agora e o que o sustenta.

Explicação. Diferente do diagnóstico nosológico: não classifica a doença, descreve a situação e formula hipóteses verificáveis. É a base para priorizar.

Orientação de preenchimento. Escreva de três a seis frases: situação atual, fatores que contribuem, recursos disponíveis, risco imediato, hipóteses a testar. Cada hipótese deve indicar o que a confirmaria ou refutaria.

Exemplo (Rafael). Rafael apresenta uso de cocaína e crack em contexto de desemprego, endividamento e afastamento do filho, com sofrimento psíquico importante e risco de agravamento clínico. O uso parece funcionar como alívio de ansiedade e insônia, e a dívida com agiota aumenta a urgência e reduz a margem de escolha. Recursos: vínculo com a mãe, história de três meses de abstinência, reconhecimento como bom profissional, desejo de retomar contato com o filho. Risco imediato: ideação suicida passiva e pressão da dívida. Hipóteses: (a) a insônia e o humor deprimido mantêm o uso noturno de álcool; (b) o afastamento do filho reduz a motivação para mudança; © a rede de amigos de uso ocupa o lugar de vínculo social disponível.

Erros frequentes. Escrever "paciente dependente químico, sem crítica" como diagnóstico situacional; listar dados sem interpretação; formular hipótese que não pode ser testada.

Cuidados. Hipótese não é fato: o registro deve deixar claro o que é observação, o que é relato e o que é inferência profissional.

Campo 4 — Necessidades prioritárias

Finalidade. Decidir o que vem primeiro, com critério explícito.

Explicação. Necessidades são muitas; prioridades são escolhas. Priorizar não é abandonar o resto: é definir ordem e registrar o que fica para depois.

Orientação de preenchimento. Liste de três a cinco prioridades. Para cada uma: descrição, critério usado (risco à vida, urgência, motivação, factibilidade, gravidade), quem reconhece essa necessidade e o que fica fora nesta etapa.

Exemplo (Rafael).

Prioridade	Critério	Reconhecida por	O que fica fora agora
1. Risco suicida e sofrimento psíquico	risco à vida	equipe e Rafael ("às vezes penso que seria mais fácil não acordar")	—
2. Dívida com agiota	risco social e de segurança	Rafael e mãe	negociação jurídica (encaminhamento posterior)
3. Uso de cocaína e crack	gravidade e motivação	Rafael	abstinência de álcool como meta inicial
4. Retomada de vínculo com o filho	motivação e sentido	Rafael	mediação formal com a ex-companheira
5. Trabalho e renda	factibilidade e projeto de vida	Rafael	qualificação profissional de longo prazo

Erros frequentes. Priorizar o que a equipe quer; ignorar o que a pessoa quer; incluir dez prioridades; não registrar o que ficou fora.

Cuidados. Quando a prioridade da pessoa não é a da equipe, registre a divergência e negocie — não a omita. Em risco à vida, a prioridade clínica se sobrepõe à vontade, com transparência e registro.

Campo 5 — Objetivos terapêuticos

Finalidade. Definir a direção desejada, em linguagem que a pessoa reconheça como sua.

Explicação. Objetivo é direção; meta é medida; intervenção é ação. Confundir os três produz planos que ninguém consegue executar.

Orientação de preenchimento. Um a três objetivos por prioridade. Escreva começando por verbo no infinitivo, sem jargão. Registre quem formulou e se houve concordância.

Exemplo (Rafael). (1) Reduzir o risco de autoagressão e ampliar suporte de cuidado em saúde mental. (2) Interromper o uso de cocaína e crack, com estratégia acordada para situações de fissura. (3) Retomar contato com o filho de forma sustentável. (4) Reconstruir vínculo com atividade produtiva.

Erros frequentes. Objetivo que é meta ("frequentar o CAPS duas vezes por semana"); objetivo que é desejo do profissional ("aceitar internação"); objetivo inatingível no horizonte do projeto.

Cuidados. Objetivo de abstinência não pode ser imposto como condição de cuidado. Se a pessoa não concorda, registre o objetivo real dela e trabalhe a partir dele.

Campo 6 — Metas

Finalidade. Tornar o objetivo observável e verificável.

Explicação. Boa meta responde: o quê, quanto, até quando, com qual apoio. Meta não é promessa de resultado; é compromisso de ação verificável.

Orientação de preenchimento. Para cada objetivo, uma ou duas metas. Use número, data e critério de verificação. Se a meta depende de terceiros, registre a dependência.

Exemplo (Rafael).

Objetivo	Meta	Prazo	Verificação
1. Reduzir risco	comparecer à avaliação psiquiátrica e manter contato semanal com a equipe por 30 dias	30 dias	registro de atendimento
2. Interromper uso	permanecer 30 dias sem cocaína e crack, acionando a equipe em situações de fissura	30 dias	relato em atendimento e contato telefônico
3. Vínculo com o filho	realizar duas ligações ao filho com mediação da mãe e uma visita acompanhada em 60 dias	60 dias	registro e relato de Rafael
4. Trabalho	retomar dois biscates com pelo menos 10 dias de trabalho no mês	60 dias	relato e contato com contratante, se autorizado

Erros frequentes. "Melhorar a relação familiar"; "parar de usar"; "aderir ao tratamento"; meta sem prazo; meta que depende só de outro serviço.

Cuidados. Metas de redução de danos são legítimas. Não use meta para pressionar a pessoa a aceitar intervenção que ela recusa, exceto em risco à vida, com registro.

Campo 7 — Intervenções

Finalidade. Definir o que será feito, por quem e com qual finalidade.

Explicação. Intervenção é ação concreta e limitada no tempo, coerente com o objetivo e viável no serviço real.

Orientação de preenchimento. Para cada meta, uma a três intervenções. Indique tipo (acolhimento, acompanhamento, encaminhamento, grupo, medicação sob responsabilidade de prescritor, apoio social), frequência e responsável.

Exemplo (Rafael). Acolhimento semanal na UBS com a profissional de referência; encaminhamento para avaliação psiquiátrica no CAPS AD; articulação com CRAS para programa de qualificação; contato com a mãe para apoio ao plano de enfrentamento da dívida; plano de resposta à fissura construído com Rafael.

Erros frequentes. Intervenção genérica ("acompanhamento"); intervenção que o serviço não oferece; intervenção sem relação com a meta; excesso de ações simultâneas.

Cuidados. Não descreva conduta privativa como se fosse tarefa da equipe. Medicação é decisão de prescritor; o PTS registra o acompanhamento, não a prescrição.

Campo 8 — Responsabilidades

Finalidade. Tornar explícito quem faz o quê, com qual prazo.

Explicação. Projeto sem responsável definido não é projeto: é intenção. A pessoa também assume responsabilidades — mas nunca a responsabilidade técnica.

Orientação de preenchimento. Matriz com quatro colunas: ação, responsável, prazo, como será verificado. Inclua a pessoa, a equipe, a família (com consentimento) e os serviços da rede.

Exemplo (Rafael).

Ação	Responsável	Prazo	Verificação
Agendar avaliação psiquiátrica	profissional de referência da UBS	7 dias	protocolo de agendamento
Comparecer à avaliação	Rafael	7 dias	registro no CAPS AD
Acompanhar contato telefônico semanal	equipe da UBS	semanal	registro em prontuário
Apoiar negociação da dívida	assistente social	30 dias	relato e registro

Ação	Responsável	Prazo	Verificação
Informar o CRAS sobre elegibilidade	equipe da UBS	15 dias	ofício/registro

Erros frequentes. "Equipe" como responsável genérico; responsabilizar a pessoa por comparecer sem garantir acesso; atribuir tarefa a serviço que não foi contatado.

Cuidados. Responsabilidade pressupõe condição real de execução. Se o transporte é obstáculo, o plano precisa incluir esse dado, não cobrar comparecimento.

Campo 9 — Indicadores

Finalidade. Definir como saberemos se o projeto está funcionando.

Explicação. Indicador é medida simples, coletável e reconhecida pela pessoa. Não precisa ser sofisticado; precisa ser honesto.

Orientação de preenchimento. Dois a quatro indicadores por projeto. Indique o que mede, com que frequência, quem coleta e qual valor seria sinal de alerta.

Exemplo (Rafael). Comparecimento aos atendimentos (semanal); dias sem uso de cocaína e crack no mês (mensal, autorrelato); contatos com o filho (mensal); dias trabalhados no mês (mensal); qualidade do sono referida (mensal).

Erros frequentes. Indicador que ninguém coleta; indicador que exige exame inexistente; indicador que a pessoa não reconhece; muitos indicadores.

Cuidados. Autorrelato é indicador legítimo quando não há como verificar de outra forma — registre a fonte. Não use indicador para vigilância punitiva.

Campo 10 — Cronograma

Finalidade. Ordenar as ações no tempo e prever os ciclos de revisão.

Explicação. Cronograma de PTS não é gráfico de projeto empresarial: é acordo de ritmo, com marcos de contato e datas de reavaliação.

Orientação de preenchimento. Primeiros 30 dias com ações detalhadas; 60 e 90 dias com marcos; data de reavaliação definida desde o início.

Exemplo (Rafael). Semana 1: acolhimento e agendamento. Semana 2: avaliação psiquiátrica e contato com CRAS. Semanas 3–4: plano de fissura, contato telefônico semanal. Dia 30: primeira reavaliação. Dia 60: reavaliação com metas de vínculo e trabalho. Dia 90: revisão do projeto.

Erros frequentes. Cronograma sem reavaliação; prazos irreais; ausência de marcos intermediários.

Cuidados. Datas são referência, não cobrança. Atraso é informação clínica, não falha moral.

Campo 11 — Reavaliação

Finalidade. Verificar se as hipóteses se sustentam e se o plano continua fazendo sentido.

Explicação. Reavaliar é comparar o previsto com o ocorrido, sem transformar desvio em culpa. Pode resultar em manutenção, ajuste, mudança de prioridade ou encerramento.

Orientação de preenchimento. Para cada ciclo: data, participantes, o que foi observado, o que mudou, decisão tomada, justificativa e nova versão do plano.

Exemplo (Rafael, dia 60). Compareceu a 7 de 8 contatos; uso de álcool em uma festa, sem uso de cocaína; avaliação psiquiátrica realizada, com indicação de acompanhamento e discussão sobre medicação; dívida renegociada parcialmente; duas ligações ao filho, visita ainda não realizada. Decisão: manter metas 1 e 2, ajustar meta 3 (visita para 90 dias), incluir meta de sono.

Erros frequentes. Reavaliar só quando há crise; registrar "sem alterações" sem evidência; mudar tudo sem justificativa; encerrar por falta de contato sem busca ativa registrada.

Cuidados. Lapso não é motivo para retirar a pessoa do projeto. Abandono exige busca ativa e registro das tentativas.

Campo 12 — Registro de evolução

Finalidade. Documentar o percurso de forma útil para a continuidade do cuidado.

Explicação. Registro bom é aquele que outro profissional consegue ler e agir. Não é diário pessoal nem transcrição de sessão.

Orientação de preenchimento. Data, contato (presencial, telefônico, visita), o que foi tratado, mudanças observadas, decisões, próximos passos. Registre também o que não funcionou.

Exemplo (Rafael). "12/03 — contato telefônico (15 min). Rafael relata insônia e fissura no fim de semana; acionou a irmã, não usou. Reforçado plano de fissura; orientado a retornar à UBS se houver piora do humor. Próximo contato em 7 dias."

Erros frequentes. Registro opinativo ("manipulador", "sem interesse"); registro vazio ("atendido, sem intercorrências"); ausência de data e de responsável; cópia de texto padrão.

Cuidados. Registro é documento legal e dado sensível: escreva o que sustenta decisões, sem juízo de valor, sem informação de terceiros não pertinente.

Critérios de qualidade do documento

Um PTS está utilizável quando: (1) qualquer membro da equipe entende a situação lendo a síntese; (2) cada meta tem prazo e forma de verificação; (3) cada ação tem responsável nominal ou funcional; (4) há data de reavaliação; (5) o documento registra o que ficou fora e por quê; (6) a linguagem não estigmatiza; (7) o que é hipótese está marcado como hipótese; (8) a pessoa reconhece o documento como seu.

Erros estruturais mais comuns

Transformar o PTS em lista de problemas; usar metas para cobrir ausência de recursos; confundir responsabilidade da pessoa com responsabilidade técnica; reavaliar sem registrar; escrever para o auditor e não para a equipe; copiar modelo de outro caso; manter o documento intacto por meses sem revisão.

03 Formulário em branco

Preencha à mão ou digitalize. Se o serviço tiver instrumento próprio, transponha o conteúdo para ele, mantendo a ordem dos campos.

CAMPO 1 — IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Quem é a pessoa: idade, com quem mora, trabalho e renda, serviços que acompanham, data de entrada no serviço.

CAMPO 2 — AVALIAÇÃO INTEGRAL

Dimensões da vida: uso de substâncias, saúde física, saúde mental, família, trabalho e renda, moradia, rede, situação jurídica, espiritualidade. Marque o que é relato, o que é observação e o que é hipótese.

CAMPO 3 — DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Um parágrafo de síntese: o que está acontecendo, o que sustenta a situação e o que a ameaça.

CAMPO 4 — NECESSIDADES PRIORITÁRIAS

Até três prioridades, justificadas, com o risco atual endereçado primeiro. Registre o que ficou fora do plano e por quê.

CAMPO 5 — OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

O que se espera alcançar, em linguagem de vida e não de sintoma, acordado com a pessoa.

CAMPO 6 — METAS

Verbo observável, prazo e forma de verificação. Uma meta por linha.

CAMPO 7 — INTERVENÇÕES

O que será feito, por que, como, com que frequência e com que recurso. Inclua o plano de contingência para fissura, lapso ou crise.

CAMPO 8 — RESPONSABILIDADES

Quem faz o quê, com prazo. Nominal ou funcional — nunca apenas "a equipe". Inclua o que cabe à pessoa.

CAMPO 9 — INDICADORES

Um indicador por meta, com fonte do dado e frequência de registro.

CAMPO 10 — CRONOGRAMA

Datas de contato, de revisão intermediária e de reavaliação; o que acontece em cada uma.

CAMPO 11 — REAVALIAÇÃO

Data, participantes e critério de decisão: manter, ajustar ou encerrar.

CAMPO 12 — REGISTRO DE EVOLUÇÃO

Data, o que mudou, o que foi ajustado e o que ficou pendente.

04 Exemplo preenchido — Rafael Moreira

> Caso fictício, construído para fins didáticos. Documento de referência para aprendizagem e autoavaliação — não é modelo institucional nem recomendação clínica para casos reais.

Identificação e contexto

Campo	Informação
Nome	Rafael Moreira
Idade	34 anos
Como prefere ser chamado	Rafael
Ocupação	Pedreiro, trabalha por diárias
Moradia	Casa própria com a mãe, em periferia urbana
Serviço de referência	UBS — equipe de saúde da família
Serviços envolvidos	UBS, CAPS AD, CRAS, rede de mútua ajuda
Data de abertura	Dia 21 do acompanhamento
Participaram da construção	Rafael, profissional de referência da UBS, assistente social, mãe (terceiro encontro)

Justificativa. O registro mínimo permite que qualquer profissional da equipe compreenda a situação sem reconstruir a história. A inclusão da mãe foi acordada com Rafael e limitada ao necessário.

Avaliação integral

Dimensão	Situação	Fonte	Lacuna
Biológica	hipertensão leve sem acompanhamento; perda de peso; insônia; uso de medicamento emprestado da mãe	relato, aferição na UBS	exames laboratoriais; avaliação psiquiátrica

Dimensão	Situação	Fonte	Lacuna
Psicológica	humor deprimido há 5 meses; anedonia; desesperança; ideação suicida passiva no último mês, sem plano; tentativa há 6 anos	entrevista	avaliação estruturada de risco; acompanhamento psicológico
Social	biscates; dívida de R$ 4.200 com agiota; 7º ano; afastamento de amigos que não usam	entrevista e relato da mãe	situação documental; elegibilidade para qualificação
Rede	mãe cuidadora sobrecarregada; irmã afastada; ex-companheira condiciona contato à abstinência; namoro com pessoa que usa	entrevista	vínculo efetivo com CAPS AD, CRAS e mútua ajuda

Justificativa. A avaliação foi organizada por dimensão para evitar que o uso de substâncias apagasse o restante. As lacunas foram registradas para não serem confundidas com ausência de problema.

Diagnóstico situacional

Rafael apresenta uso de cocaína e crack em um contexto de desemprego intermitente, endividamento com pressão e afastamento do filho, com sofrimento psíquico importante e risco de agravamento clínico. O uso noturno de álcool parece associado à insônia e ao humor deprimido, e o crack aparece em episódios ligados à fissura e à companhia de amigos de uso. A dívida reduz a margem de escolha e aumenta a urgência. Recursos: vínculo com a mãe, experiência de três meses de abstinência em 2024, reconhecimento profissional, desejo de retomar o contato com o filho e conhecimento da rede.

Hipóteses a testar. (a) A insônia e o quadro depressivo mantêm o uso noturno de álcool — confirmaria se houver melhora do sono com tratamento e redução do uso. (b) O afastamento do filho reduz a motivação para mudança — confirmaria se o restabelecimento de contato aumentar o engajamento. © A rede de amigos de uso ocupa o lugar de vínculo social disponível — confirmaria se a ampliação de atividades coletivas reduzir a frequência de encontros de uso.

Justificativa. Trata-se de leitura compreensiva, não de diagnóstico nosológico. As hipóteses são formuladas de modo a poderem ser testadas na reavaliação.

Necessidades prioritárias

Ordem	Necessidade	Critério	Reconhecida por	Fora nesta etapa
1	Risco de autoagressão e sofrimento psíquico sem tratamento	risco à vida	equipe e Rafael	—

Ordem	Necessidade	Critério	Reconhecida por	Fora nesta etapa
2	Dívida com agiota e pressão recente	risco social e de segurança	Rafael e mãe	assessoria jurídica
3	Uso de cocaína e crack	gravidade e motivação	Rafael	abstinência de álcool como meta inicial
4	Afastamento do filho	motivação e sentido	Rafael	mediação formal com a ex-companheira
5	Desemprego intermitente	factibilidade	Rafael	qualificação de longo prazo

Justificativa. A priorização combina risco, urgência, motivação e factibilidade. O álcool ficou fora das metas iniciais por decisão negociada: Rafael não o reconhece como problema, e impor essa meta agora comprometeria o vínculo. O tema retorna na reavaliação do dia 60, quando ele próprio relata o episódio em contexto social.

Objetivos terapêuticos

1. Reduzir o risco de autoagressão e ampliar o suporte de cuidado em saúde mental.
2. Interromper o uso de cocaína e crack, com estratégia acordada para situações de fissura.
3. Retomar o contato com o filho de forma sustentável.
4. Reconstruir vínculo com atividade produtiva.

Justificativa. Os objetivos 1 e 2 são clínicos e prioritários; 3 e 4 são os que Rafael nomeia como razão para mudar. Um plano apenas com os objetivos da equipe teria baixa adesão; um plano apenas com os objetivos de Rafael deixaria o risco sem resposta.

Metas

Objetivo	Meta	Prazo	Verificação
1	Comparecer à avaliação psiquiátrica no CAPS AD	7 dias	registro no CAPS AD
1	Manter contato semanal com a equipe da UBS	30 dias	registro em prontuário
2	Permanecer 30 dias sem cocaína e crack, acionando a equipe em situação de fissura	30 dias	relato em atendimento e contato telefônico

Objetivo	Meta	Prazo	Verificação
3	Realizar duas ligações ao filho, com mediação da mãe	60 dias	registro e relato
3	Realizar uma visita acompanhada ao filho	90 dias (ajustada no dia 60)	registro
4	Trabalhar pelo menos 10 dias no mês	60 dias	relato e contato com contratante, se autorizado

Justificativa. Cada meta tem prazo e forma de verificação. A meta 3 foi ajustada de 60 para 90 dias após a reavaliação, porque dependia de mediação com a ex-companheira — dependência registrada, não fracasso de Rafael.

Intervenções

Intervenção	Frequência	Responsável	Meta relacionada
Acolhimento na UBS com profissional de referência	semanal	UBS	1, 2
Encaminhamento e acompanhamento no CAPS AD	conforme agenda	UBS e CAPS AD	1
Construção do plano de resposta à fissura	encontros 1 e 2	UBS com Rafael	2
Apoio à negociação da dívida	quinzenal	assistente social	2
Mediação de contato com o filho	mensal	UBS com a mãe	3
Encaminhamento ao CRAS para qualificação	única, com seguimento	UBS	4
Orientação sobre rede de mútua ajuda	quando houver interesse	UBS	2, 4

Justificativa. As intervenções são limitadas, coerentes com as metas e compatíveis com o que os serviços oferecem. Não há intervenção sem meta correspondente.

Responsabilidades

Ação	Responsável	Prazo	Verificação
Agendar avaliação psiquiátrica	profissional de referência	7 dias	protocolo de agendamento
Comparecer à avaliação	Rafael	7 dias	registro no CAPS AD
Realizar contato telefônico semanal	equipe da UBS	semanal	registro em prontuário
Conduzir conversa sobre a dívida	assistente social	15 dias	registro
Informar CRAS sobre elegibilidade	equipe da UBS	15 dias	ofício/registro
Acompanhar ligações ao filho	mãe, com apoio da UBS	60 dias	relato registrado

Justificativa. Responsabilidades nominais ou funcionais, com prazo. A mãe participa de uma ação específica e delimitada — não assume responsabilidade técnica.

Indicadores

Indicador	O que mede	Frequência	Coleta	Sinal de alerta
Comparecimento aos contatos	vínculo e continuidade	semanal	registro	duas faltas consecutivas sem contato
Dias sem cocaína e crack	uso	mensal	autorrelato	uso em contexto de fissura sem acionar a equipe
Contatos com o filho	vínculo familiar	mensal	relato	ausência de contato por 30 dias
Dias trabalhados	reinserção	mensal	relato	nenhum dia em 30 dias
Sono referido	saúde e risco de uso	mensal	relato	piora persistente por duas semanas

Justificativa. Poucos indicadores, coletáveis no serviço real, reconhecidos por Rafael. O autorrelato é a fonte possível e está declarado como tal.

Cronograma

Período	Ações	Marco
Semana 1	acolhimento, plano de fissura inicial, agendamento	PTS aberto

Período	Ações	Marco
Semana 2	avaliação psiquiátrica, contato com CRAS	avaliação realizada
Semanas 3–4	contato semanal, conversa sobre dívida	dívida renegociada em parte
Dia 30	primeira reavaliação	decisão registrada
Dias 31–60	contatos com o filho, retomada de trabalho	duas ligações realizadas
Dia 60	segunda reavaliação	ajuste de metas
Dia 90	revisão do projeto	nova versão ou encerramento

Justificativa. Marcos intermediários permitem corrigir rumo antes do fim do ciclo.

Reavaliação do dia 60

Participantes. Rafael, profissional de referência, assistente social.

O que foi observado. Compareceu a 7 de 8 contatos. Um episódio de uso de álcool em festa de família, sem uso de cocaína ou crack. Sono com melhora parcial. Medicação iniciada no CAPS AD, com relato de melhora do humor. Dívida parcialmente renegociada. Duas ligações ao filho; visita não realizada. Doze dias trabalhados no mês.

Análise das hipóteses. (a) confirmada em parte: melhora do sono coincidiu com redução do uso noturno de álcool. (b) parcialmente confirmada: o contato com o filho aumentou o engajamento, mas a visita ainda é obstáculo. © não testada: não houve ampliação de atividade coletiva.

Decisões. Manter metas 1 e 2. Ajustar meta 3 (visita) para 90 dias. Incluir meta de sono e de redução de dano relacionada ao álcool. Manter reavaliação em 30 dias. Registrar que o álcool passou a ser tema do projeto por iniciativa de Rafael, não por imposição da equipe.

Justificativa. Reavaliar é comparar previsto e ocorrido sem transformar desvio em culpa. O lapso de álcool não motivou retirada do projeto nem mudança de vínculo.

Registro de evolução (exemplos)

Data	Contato	Registro
Dia 1	presencial	"Procura a UBS por insistência da mãe, com queixa de insônia e cansaço. Relata uso de cocaína e crack, duas internações anteriores. Aceita acompanhamento ambulatorial, recusa internação. Agendado retorno em 7 dias."

Data	Contato	Registro
Dia 12	presencial	"Relata humor deprimido e desesperança; nega plano de autoagressão, refere ideação passiva. Combinado contato telefônico semanal e encaminhamento para avaliação psiquiátrica. Informado sobre sigilo e limites do acompanhamento."
Dia 34	telefônico	"Refere fissura no fim de semana; acionou a irmã e não usou. Reforçado plano de fissura. Relata ter dormido melhor duas noites. Próximo contato em 7 dias."
Dia 62	presencial	"Reavaliação. Um episódio de álcool em festa, sem cocaína. Medicação iniciada, relata melhora parcial do humor. Metas ajustadas e registradas em nova versão do PTS."

Justificativa. Registros curtos, datados, descritivos, com decisão e próximo passo. Sem juízo de valor e sem informação de terceiros não pertinente.

Autoavaliação do documento

Critério	Atende	Observação
Síntese compreensível para qualquer membro da equipe	sim	leitura única basta para entender a situação
Toda meta tem prazo e verificação	sim	—
Toda ação tem responsável	sim	nominal ou funcional
Data de reavaliação definida	sim	dia 30, 60 e 90
Registro do que ficou fora	sim	álcool, assessoria jurídica, qualificação
Linguagem não estigmatizante	sim	pessoa primeiro, sem rótulo moral
Hipóteses marcadas como hipóteses	sim	seção própria
A pessoa reconhece o documento	sim	leitura conjunta no dia 21

O que este exemplo não é

Não é o único PTS possível para Rafael. Outra equipe, com outros recursos e outra escuta, chegaria a prioridades e metas diferentes — e ainda assim corretas. O valor do exemplo está no método: justificar cada escolha e registrar o que ficou de fora.

05 Rubrica de autoavaliação

Sete critérios, cada um de 0 a 3 pontos, total de 21. O mínimo para considerar a oficina concluída é 15.

Critério	0	1	2	3
Coerência da avaliação	ausente	dados soltos	dados organizados, lacunas não registradas	dados organizados, lacunas e hipóteses explícitas
Priorização	sem prioridade	prioridades vagas	prioridades claras	prioridades justificadas, com risco endereçado
Metas	genéricas	algumas com prazo	todas com prazo e verbo observável	metas mensuráveis, escalonadas e acordadas
Intervenções	desconectadas	parcialmente justificadas	justificadas e com responsável	justificadas, viáveis, com frequência e recurso
Responsabilidades	ausentes	só da pessoa	distribuídas	distribuídas, nominais e corresponsáveis
Indicadores e reavaliação	ausentes	um dos dois	ambos presentes	ambos com critério de decisão claro
Autonomia e ética	desrespeitadas	parcialmente	respeitadas	explicitamente registradas na construção

Como pontuar. Dê a nota do nível que o documento efetivamente alcança, não do que você pretendia escrever. Se um critério ficou em 0 ou 1, volte ao campo correspondente e refaça apenas aquela parte: nota baixa em um critério não se compensa com nota alta em outro, e reescrever o PTS inteiro costuma apagar o que estava certo.

O que fazer com o resultado. Entre 15 e 21: o documento está utilizável, com ajustes pontuais. Entre 11 e 14: há falha estrutural em algum campo — refaça o campo e repontue. Abaixo de 11: releia a resolução comentada do caso e refaça o documento do início, comparando campo por campo.

06 Checklist de qualidade do PTS

Use antes de levar o documento para a reunião de equipe ou para a pessoa. Marque cada item e, quando a resposta for "não", volte ao campo indicado.

#	Verificação	Sim	Não	Onde corrigir
1	A síntese da situação permite que qualquer membro da equipe entenda o caso sem ler o resto?			Campo 3
2	O que é relato, o que é observação e o que é hipótese está distinguido no texto?			Campos 2 e 3
3	As prioridades estão justificadas, e o risco atual foi endereçado primeiro?			Campo 4
4	Cada meta tem verbo observável, prazo e forma de verificação?			Campo 6
5	Cada intervenção diz o que será feito, com que frequência e com que recurso?			Campo 7
6	Cada ação tem responsável nominal ou funcional — e não "a equipe"?			Campo 8
7	Há pelo menos um indicador por meta, com critério de decisão na reavaliação?			Campo 9
8	Existe data de reavaliação marcada, com critério para manter, ajustar ou encerrar?			Campos 10 e 11
9	O plano de contingência diz o que fazer em caso de fissura, lapso ou crise?			Campo 7
10	O documento registra o que ficou fora do plano e por quê?			Campo 4
11	A linguagem descreve situações, sem rótulos como "manipulador" ou "resistente"?			Todo o documento
12	A pessoa leu (ou ouviu) o documento e reconhece o plano como seu?			Fechamento

Se três ou mais itens ficarem em "não", o documento ainda não está pronto. Corrija os campos indicados e refaça o checklist: não reescreva o PTS inteiro, porque o problema raramente é o texto todo.

07 Glossário

Acolhimento. Primeiro contato qualificado: escuta, avaliação inicial de risco e definição do que acontece a seguir. Não é triagem para decidir se a pessoa "merece" atendimento.

Clínica ampliada. Modo de trabalhar que considera a pessoa inteira — corpo, história, vínculos, trabalho, moradia, projeto de vida — e não apenas o sintoma ou a substância.

Comunidade terapêutica. Serviço residencial de tratamento para dependência química, regulado pela RDC 29/2011 da Anvisa. O PTS convive com o projeto institucional da casa: um não substitui o outro.

Contrarreferência. Resposta do serviço especializado ao serviço que encaminhou a pessoa, com o que foi feito e o que se recomenda.

Fissura (craving). Desejo intenso e urgente de usar a substância. No PTS, é assunto do plano de contingência, não de força de vontade.

Indicador. Forma combinada de verificar se a meta foi cumprida: um dado, um registro, uma observação com data.

Lapso e recaída. Lapso é o uso isolado depois de um período de abstinência; recaída é o retorno ao padrão anterior. Os dois pedem revisão do plano, não expulsão do projeto.

LGPD (Lei 13.709/2018). Lei de proteção de dados pessoais. Dados de saúde são sensíveis: exigem finalidade, necessidade e acesso restrito.

Matriciamento. Apoio de uma equipe especializada a uma equipe da atenção básica ou de outro serviço, sem transferir o caso.

Meta. Resultado observável, com prazo e forma de verificação. "Reduzir o uso" não é meta; "não usar cocaína por 30 dias, com registro semanal e revisão em 12/03" é.

Necessidade. O que precisa ser resolvido para a vida da pessoa melhorar — não é o que a instituição tem vontade de oferecer.

PIA. Plano Individual de Atendimento, instrumento do sistema socioeducativo (Sinase). Organiza medidas para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; não é sinônimo de PTS.

Potencialidade. Recurso da pessoa, da família ou da rede que sustenta o plano: vínculo, trabalho, casa, fé, habilidade, serviço disponível.

Projeto Terapêutico Singular. Plano de ação compartilhado, construído com a pessoa e com a equipe, a partir da leitura das múltiplas dimensões da vida; é provisório e se revisa.

RAPS. Rede de Atenção Psicossocial, que inclui atenção básica, CAPS, serviços residenciais, ambulatórios e leitos de saúde mental em hospital geral.

Recaída. Ver lapso e recaída.

Redução de danos. Estratégia que busca diminuir riscos do uso sem exigir abstinência como condição de entrada ou permanência no cuidado.

Referência. Serviço que assume a responsabilidade principal pelo caso em determinado momento do percurso.

Reavaliação. Encontro marcado para decidir, com base nos indicadores, se o plano continua, muda ou termina.

Risco e proteção. Fatores que aumentam ou diminuem a chance de dano. A priorização começa pelo risco atual, não pelo problema mais antigo.

Sigilo. Dever de não revelar informação do atendimento fora do que a finalidade do cuidado exige; não é segredo absoluto, e tem limites previstos em lei e em código profissional.

Singularidade. O que é irredutível naquela pessoa e naquela situação: o PTS não é um protocolo aplicado igualmente a todos.

Vínculo. Relação de confiança que sustenta o trabalho; sem ele, o plano existe no papel e não na vida.